CENA 100 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Lipiec – Sierpień 1949 Nr 7 – 8



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

Okładkę projektowali: J. Mucharski i M. Smorońska.

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1 wierszowym, z marginesem 3 cm 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źrodła na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek stylistycznych, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska
CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA
Rok 2 (XIII) Lipiec — Sierpień 1949 Nr 7—8

Próba sztucznego podziału

Polska nie ma szczęścia do Watykanu. Nie miała go od wielu, wielu lat.

Przypomnijmy sobie:

Gdy ludność zaboru pruskiego walczyła o prawo do polskiego pacierza, szkoły polskiej, o prawo do wolności, Watykan akceptował politykę arcybiskupa Ledóchowskiego, ściśle i lojalnie współpracującego z rządem pruskim.

Gdy ludność zaboru carskiej Rosji próbowała zrzucić z siebie obce jarzmo, Watykan nie wystąpił w obronie patrioty, arcybiskupa Felińskiego, prześladowanego za walkę z carskim terrorem.

Gdy ludność okupowanej przez hitlerowców Polski ginęła w piecach obozowych krematoriów, Watykan błogosławił broń żołnierzy Mussoliniego i Hitlera.

Gdy na balkonach warszawskiego Leszna wieszano księżowskich wychowanków, gdy rozstrzeliwano na placach Warszawy polskich duchownych, Watykan milczał.

Gdy minęła wojna, a Polska dźwiga się i zabliźnia swoje rany, Watykan znowu przemówił, przemówił w najczystszym języku — niemieckim, niosąc błogosławieństwo i słowa otuchy dla narodu, który nie dalej jak pięć lat temu mordował i palił wszystko co polskie.

Na pozór postępowanie takie wydaje się niezrozumiałe. Ale przyjrzyjmy się sprawie nieco bliżej: Komu zależało na podobnym stawianiu sprawy, czyżby rzeczywiście samym tylko sferom watykańskim?

Co reprezentowali zaborcy pruscy? — Kapitał pruski.

Co reprezentowali zaborcy carscy? — Kapitał międzynarodowy.

Kto był motorem faszyzmu? — Kapitał międzynarodowy.

Kto stoi dziś za plecami Niemców? — Kapitał anglosaski.

Sprawa jasna, komentarzy nie wymagająca.

Nie łudźmy się, że mimo głębokich zmian, jakie zaszły w Polsce, kapitał zrezygnował z penetracji naszego kraju. Impreza lubelska, głęboko obrażająca uczucia wierzących, jak świadczą ustalone dotychczas fakty, była zorganizowana świadomie i wykorzystana przez reakcyjną część kleru dla celów nie mających nic wspólnego z religią. Była ona wyraźną imprezą polityczną tej części duchownych polskich, która podporządkowuje się zarządzeniom i dyspozycjom spoza granic Polski.

Ale akcja „cudu" lubelskiego spaliła na panewce.

Kapitał napiera dalej. Powzięto inną próbę, próbę zastraszenia wierzących celem przeciwstawienia ich — władzy ludowej i państwu. I znów posłużono się Watykanem, który powziął uchwałę, zawierającą groźbę ekskomuniki za przynależność do partii komunistycznych i robotniczych, lub też za sprzyjanie im. Nie jest to więc jeszcze klątwa, a tylko potrząsanie tą groźbą. Watykan orientuje się bowiem, że świadomość interesu narodowego u katolików polskich przekreśli jego zamiary.

Rada Ministrów na posiedzeniu w dniu 5 sierpnia uchwaliła dekret o wolności sumienia i wyznania, uchwalita dekret chroniący uczucia religijne osób wierzących, przewidując kary za wszelkie formy ich znieważania. Dalsze paragrafy poręczają, że nikt w państwie nie może być powstrzymywany od udziału w wykonywaniu swych czynności religijnych, nikt nie ma prawa nikomu odmówić udostępnienia obrzędu lub czynności religijnej z powodu jego pozareligijnej działalności.

Państwo polskie chroni więc przed jakąkolwiek dyskryminacją zarówno osoby wierzące jak i niewierzące. Druga część dekretu zabezpiecza Państwo przed jakimkolwiek nadużyciem religii dla celów politycznych, skierowanych przeciw państwu ludowemu.

Nie powiodło się więc zastraszenie. Nie będzie w Polsce sztucznego podziału na ludzi wierzących i niewierzących, nie powiodło się także obcym politykom użycie religii katolickiej jako oręża w walce z postępem i odbudową naszego kraju.

ZBLIŻA SIĘ PIERWSZY W POLSCE „TYDZIEŃ ZDROWIA"

Koncepcja „Tygodnia Zdrowia" w skali ogólnokrajowej powstała w trosce o podjęcie konkretnej akcji, zmierzającej do lepszego uświadomienia w dziedzinie higieniczno - sanitarnej ludności wsi i miast.

W roku bieżącym Zarząd Polskiego Czerwonego Krzyża, w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia, postanowił odstąpić od dotychczasowej formy organizowania „Tygodnia P.C.K.", natomiast zostaje zorganizowany „Tydzień Zdrowia" pod egidą P.C.K., przy współudziale całej służby zdrowia, oraz tych Instytucji i Organizacji, w których programie aktualny jest problem zdrowia szerokich mas społeczeństwa Polski Ludowej.

Tydzień ten odbędzie się w czasie **OD 3 DO 9 PAŹDZIERNIKA BR.**

„Tydzień Zdrowia" — to okres mobilizacji całego społeczeństwa do walki o realizację trzech najważniejszych haseł:

1. ZBUDZIĆ W SPOŁECZEŃSTWIE TROSKĘ O DZIECKO.
2. SPOPULARYZOWAĆ ZAGADNIENIA ZDROWIA.
3. WZMÓC AKCJĘ SANITARNĄ NA KORZYŚĆ MATKI I DZIECKA.

Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia bierze czynny udział w organizacji „Tygodnia Zdrowia".

Apelujemy do wszystkich pielęgniarek o poparcie czynem naczelnych haseł „Tygodnia Zdrowia".

Naczelnym hasłem tegorocznego „Tygodnia Zdrowia" jest ZDROWIE MATKI I DZIECKA.

NASZE NOWE KOLEŻANKI •

TE z nas, które kończyły jedną z siedmiu istniejących do roku 1939 Szkół Pielęgniarstwa, pamiętają, że pielęgniarstwo było zawodem, w którym jeszcze przed otrzymaniem dyplomu dostawało się propozycje pracy. Mogli nam tego pozazdrościć w stosunkach przedwojennych liczni lekarze, robotnicy, inżynierowie, górnicy...

Było nas po prostu mało, za mało nawet na wąskie zresztą wymagania ówczesnego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Było nas mało, bo na liczbę 30 milionów ludności Polska posiadała zaledwie 7 Szkół Pielęgniarstwa.

W rezultacie niewielka tylko liczba ludności, potrzebującej pomocy i opieki pielęgniarskiej, usługi te otrzymywała.

Dwie istniejące w okresie okupacji Szkoły Pielęgniarstwa w żadnym razie nie mogły podołać wciąż narastającym potrzebom zakładów leczniczych oraz wyrównać luk, jakie powstały w zawodzie pielęgniarskim na skutek licznych aresztowań i morderstw okupanta.

TAK więc w r. 1945 władze polskie stanęły wobec poważnej konieczności zwiększenia zastępów pielęgniarskich. Zaczęły powstawać nowe, dwuletnie szkoły pielęgniarstwa w całym kraju. W roku 1949 czynnych jest już 21 szkół; Ministerstwo Zdrowia zdaje sobie jednak sprawę, że przy obecnej szerokiej rozbudowie lecznictwa i profilaktyki w ramach służby zdrowia, nawet tak szybki rozwój średniego szkolnictwa nie jest w stanie zaspokoić w pełni potrzeb kraju.

A potrzeby te są wielkie — rozbudowująca się opieka przyfabryczna, rozgałęziająca się sieć opieki nad matką i dzieckiem, ośrodki powiatowe i gminne, wielka akcja krwiodawstwa i pogotowi, zakłady profilaktyczne, ośrodki szkolenia, lecznictwo zamknięte itd., oto placówki, które wołają o pielęgniarki. A wołają niestety bezskutecznie, ponieważ na terenie całej Polski pracuje obecnie około 4000 pielęgniarek, dyplomowanych, bądź egzaminowanych oraz około 6000 pielęgniarek przyuczonych, po kilkumiesięcznych kursach lub nawet bez żadnego teoretycznego przeszkolenia.

Przy opracowywaniu planu 6-letniego Ministerstwa Zdrowia wyłoniła się konieczność przeszkolenia w okresie tych sześciu lat około 40.000 pielęgniarek. Liczba ta nie jest osiągalna przy szkoleniu dwuletnim oraz przy liczbie 21, a nawet 33 szkół pielęgniarstwa, jak przewiduje plan.

Dlatego też Ministerstwo Zdrowia w celu umożliwienia najszybszego zapobieżenia katastrofalnej sytuacji na odcinku kadr pielęgniarskich zadecydowało wprowadzić dwustopniowe szkolenie pielęgniarskie. Tak więc obok dwuletnich szkół zostaną uruchomione krótkie 6-miesięczne kursy dla tak zwanych Pielęgniarek Młodszych, wzorem służby zdrowia ZSRR., Ameryki Płn. i Płdn., Anglii, Belgii, Francji i in.

Organizację kursów dla Młodszych Pielęgniarek Ministerstwo Zdrowia przekazało Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi, który posiada wieloletnie doświadczenie na polu szkolenia.

Tak więc w każdym zakładzie leczniczym, obok pełnokwalifikowanych sił pielęgniarskich znajdą się „pielęgniarki młodsze", które wypełnią dotkliwe luki personalne, ulżą w pracy swym koleżankom i dopomogą do planowego objęcia opieką pielęgniarską szerokich mas potrzebujących tej opieki.

Absolwentki kursów M. P. otrzymują możliwość dalszego awansu po odpowiednim doszkoleniu. Dlatego też rzeczą niezmiernej wagi jest, ażeby siła pomocnicza przychodząca do szpitala czy ośrodka zdrowia spotykała się z życzliwym, koleżeńskim przyjęciem ze strony swych starszych koleżanek, ażeby pod ich okiem zdobyła jak najwięcej wiadomości.

***

TRZEBA niestety stwierdzić, że projekt kursów dla Młodszych Pielęgniarek nie u wszystkich pielęgniarek kwalifikowanych spotkał się z należytym zrozumieniem.

Dlaczego tak się dzieje?

Może odpowiedzią na to pytanie będzie niemal dosłownie przytoczona rozmowa pomiędzy dwiema pielęgniarkami, której byłam świadkiem.

Koleżanka J. — Słyszałam o tworzeniu się jakichś nowych kursów pielęgniarskich. Czy wiesz co to jest?

Koleżanka T. — Są to kursy PCK dla tak zwanych pielęgniarek młodszych, rozumiesz? — dwuszczeblowe nauczanie

Kol. J. — Rozumiem, ale to podobno trwa tylko 6 miesięcy i cenzus jest jakiś niski.

Kol. T. — Tak, cenzus wymagany to szkoła powszechna, 7- klasowa.

Kol. J. — Ładne rzeczy! I to mają być pielęgniarki? Przecież to jest obniżenie naszego zawodu, jak tak dalej pójdzie to poco my będziemy i kto będzie szedł do szkół pielęgniarstwa o ile już po pół roku może zostać pielęgniarką?

Kol. T. — Poczekaj, poczekaj tyle naraz zarzutów, a sprawy jednak nie przemyślałaś. Po pierwsze, mają to być przeszkolone już „pielęgniarki młodsze", pomyśl tylko, że w obecnej chwili w zakładach zdrowia pracuje przeszło 6000 pielęgniarek po różnych kursach, lub wogóle nie przeszkolonych; po drugie, to nie jest obniżanie zawodu, tylko przyjście zawodowi z pomocą; po trzecie, pielęgniarki dyplomowane są cenione i ich właśnie obowiązkiem będzie przekształcić szeregi współpracujących z nimi pielęgniarek młodszych w pełnokwalifikowane siły, aby zwiększyć nazbyt dziś szczupłe nasze szeregi; po czwarte, żeby już odpowiedzieć ci jednym tchem na wszystkie wątpliwości, osoba mająca odpowiedni cenzus na pewno pójdzie do szkoły, ponieważ zdawać sobie będzie sprawę, że jako absolwentka kursu chcąc pełnić jakieś poważniejsze funkcje będzie musiała jeszcze doszkalać się, a następnie czeka ją państwowy egzamin, którego może nie zdać, gdy nie poczyni postępów; wreszcie jako absolwentka kursu nie mając egzaminu państwowego nie będzie siłą samodzielną, a więc będzie pozostawać w niższej grupie uposażeniowej.

Widzisz więc sama, że odpływ od szkół może być minimalny.

Kol. J. — Może masz i rację, ale pomyśl, teraz przecież będą nas mylić, nas dyplomowane no i te młodsze pielęgniarki. Kto tam zrozumie jaka różnica, i to obniży prestiż naszego zawodu.

Kol. T. — Mówisz chyba bez większego zastanowienia, za karę zrobię ci dłuższy wykład. Posłuchaj, pacjent czy lekarz nie wie przeważnie jakie zdobyłaś przygotowanie, obserwuje jedynie twoją pracę. O ile masz lepsze przygotowanie powinnaś pracować lepiej, to cię na pewno wyróżni, będą ci za to wdzięczni i pacjenci i lekarz i te młodsze twoje koleżanki (nie zawsze wiekiem), które nauczysz jak należy pracować. A jeśli nic cię od nich nie odróżni, no to znaczy, że albo ty źle pracujesz, albo one bardzo dobrze. Cóż chcesz więcej, o ile pracą swą wykażą, że są dobrymi pielęgniarkami — nie obniżą zawodu.

Jeśli mówimy o tym nieszczęsnym „obniżeniu", to przyjmij do wiadomości, iż dyktuje ci te słowa fałszywa ambicja pielęgniarska. Uczono nas przecież, że każdy człowiek potrzebujący pomocy musi ją z naszych rąk otrzymać. Myślę, że to przede wszystkim powinno być naszą pielęgniarską ambicją...

Kol. J. — Pozwól, że ci przerwę, dobrze wiesz, że każda pielęgniarka to czyni i pracuje społecznie lub w szpitalu, każdy kto się do niej zwróci otrzyma pomoc.

Kol. T. — Tak, oczywiście wiem, ale zrozum, że tyle ile jest nas w tej chwili w żadnym razie nie zdoła zapełnić tych wszystkich placówek, które potrzebują sił pielęgniarskich. Tak więc bez naszej opieki niemal całkowicie zostaje wieś, niedostatecznie obsadzone są ośrodki przemysłowe, nie mówiąc już o województwach północno-wschodnich. Widzisz więc sama, że nie każdy może otrzymać pomoc z naszych rąk, a to właśnie ma być naszą ambicją.

Kol. J. — Właściwie masz rację, ale jeszcze jedno: przecież wśród tych nowych sił może znaleźć się dużo złych pielęgniarek, bo w ciągu sześciu miesięcy trudno zorientować się o przydatności do zawodu. Dwuletnia szkoła ma jednak lepsze możliwości pod tym względem.

Kol. T. — Oczywiście, dlatego też przewidziano ostrą selekcję w czasie pracy, jeszcze przed egzaminami państwowymi, cały element nieodpowiedni powinien odpaść.

Kol. J. — No, kończmy już, bo spieszę się do pracy, na dziś dość dyskusji. Powiedz mi jeszcze co słychać z Olą z Częstochowy, to jest doskonała pielęgniarka i miła koleżanka.

Kol. T. — Sama żeś się złapała. No widzisz, Ola nie kończyła dwuletniej szkoły, a niech się schowają przed nią niejedne nasze dyplomowane koleżanki. Bo widzisz, ona ma prawdziwą ambicję pielęgniarską — ambicję pracy. A takich jest wiele. i wśród tych dyplomowanych i wśród tych, które dyplomu nie mają. Pomyśl, ładnie by wyglądały szpitale bez nich, gdyby nas było tylko owe 2 tysiące, a z egzaminowanymi 4 tysiące podczas kiedy i te 10 tysięcy — to znikoma liczba wobec potrzeb służby zdrowia.

No żegnaj, żałuję jednak, że rozmawiałyśmy tylko we dwie, obie dyplomowane; gdybyś porozmawiała z tamtymi naszymi koleżankami, mogłabyś na pewno dowiedzieć się czegoś ciekawszego, na przykład usłyszałabyś o niekoleżeńskim stosunku niektórych z nas wobec sił pomocniczych, o zabawno-smutnych (na szczęście rzadkich) wypadkach tworzenia na tym samym terenie osobnych kółek itp.

Ale jestem pewna, że „pielęgniarki młodsze" zarówno swą postawą w pracy, jak i samą pracą wywalczą sobie odpowiednią, słuszną pozycję w zawodzie, w którym szczególnie nie ma miejsca na podobne incydenty".

S. H.

O KULTURĘ SANITARNĄ

POLSKI CZERWONY KRZYŻ przystępuje obecnie do masowego szkolenia ludności kraju w zakresie higieny i ratownictwa. Akcja ta powinna zatoczyć możliwie jak najszersze kręgi, aby w efekcie wyrazić się poważnym podniesieniem poziomu kultury sanitarnej.

Ustrój międzywojennego dwudziestolecia w Polsce nie sprzyjał rozwojowi tej kultury, przeciwnie, nędza klasy robotniczej i wsi sprawiała, że uświadomienie sanitarne i poziom higieny ludności niejednokrotnie przedstawiał się katastrofalnie, a stan ten spotęgował jeszcze okres okupacji kraju.

Obecnie, zagadnienie podniesienia świadomości szerokich mas w zakresie higieny i wiedzy o zdrowiu oraz zagadnienie zniesienia analfabetyzmu sanitarnego będzie szeroko realizowane w 6-letnim planie Powszechnej Służby Zdrowia. Problem ten znalazł bowiem pełnię zrozumienia dopiero w ustroju demokracji ludowej, dążącej konsekwentnie do podniesienia kultury wśród mas, na każdym odcinku życia społecznego.



Defilada drużyn ratowniczych młodzieży PCK z Sopotu i Gdyni podczas Szkolnych Igrzysk Sportowych.

W ciągu lat czterech, gdy przed Państwem piętrzyło się tysiące innych, pierwszoplanowych zadań, szkoleniem sanitarno - higienicznym zajmowały się w całym kraju instytucje społeczne. Zarówno organizacja, programy, jak i metody szkolenia były zatem zupełnie różne, nie ujednolicone.

Obecnie, Ministerstwo Zdrowia, wychodząc z założenia, że akcja ta powinna być kierowana z jednego ośrodka dyspozycyjnego, według jednolitej metody, uznało za słuszne zlecenie tej akcji Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi, który posiada na tym polu duże doświadczenie.



Trójki ratownicze mają określone zadania: udzielenie pierwszej pomocy oraz ostrożny transport chorego do najbliższego punktu pomocy lekarskiej.

Tak więc Polski Czerwony Krzyż, który przeszkolił już przeszło 100.000 osób na różnych szczeblach szkolenia sanitarno- higienicznego, otrzymał obecnie całkowitą wyłączność w tej akcji.

Opracowany przez PCK 6-letni plan szkolenia ratowniczo - sanitarnego opiera się na doświadczeniach Związku Radzieckiego z tego zakresu (G.S.O. — Gatow k'Sanitarnoj Oboronie) oraz na dotychczasowych doświadczeniach własnych. Licząc na aktywną pomoc wszystkich koleżanek - pielęgniarek w tej ważnej akcji podnoszenia sanitarnej kultury kraju, pragniemy zapoznać je pokrótce z ramowymi wytycznymi tego szkolenia.

Otóż pierwszym szczeblem szkolenia powszechnego będzie:

SZKOLENIE OGÓLNE

Szkolenie ogólne powinien przejść w zasadzie każdy obywatel kraju, zdobywając elementarne wiadomości o higienie i minimum umiejętności praktycznych w zakresie ratownictwa.

Szkolenie ogólne obejmie następujące kategorie ludności: **młodzież szkolną,** której nauczanie odbywać się będzie po przez placówki szkolne, organizacje młodzieżowe i Służbę Polsce, oraz: **dorosłych** ze szczególnym uwzględnieniem osób, narażonych na wypadki przy pracy, a więc robotników fabrycznych, górników, murarzy, chłopów (zwłaszcza w miejsco-

wościach o trudno dostępnej pomocy lekarskiej) członków spółdzielni wytwórczych i innych.



Te młode dziewczęta potrafią już udzielić pierwszej pomocy w nagłym, nieszczęśliwym wypadku.

Drugim szczeblem szkolenia powszechnego będzie:

SZKOLENIE SPECJALNE „ratowników"

Szkolenie specjalne ma za zadanie przygotować do funkcji ratowniczych, względnie sanitarno - higienicznych wszystkich tych, którzy z racji wykonywanego zawodu lub pozycji społecznej powinni być specjalnie obeznani z ratownictwem i higieną, którzy powinni stać się społecznym aktywem Służby Zdrowia.

Dla orientacji wymienię tu niektóre grupy społeczne i zawodowe, które będą objęte tym szkoleniem.

Są to:

1. Kierowcy samochodowi;
2. Straż pożarna;
3. Kolejarze;
4. Cywilni lotnicy i marynarze;
5. Milicjanci;
6. Dróżnicy;
7. Sportowcy;
8. Nauczyciele;
9. Kierownicy obozów letnich, kolonii i domów wypoczynkowych;
10. Aktyw młodzieżowy na wsi i w mieście, ze szczególnym uwzględnieniem wiejskiej młodzieży żeńskiej (dotychczas t. zw. „przodownice wiejskie");
11. Wybrane osoby w zakładach pracy i domach mieszkalnych, z których kompletuje się ochotnicze drużyny ratowniczo - sanitarne.

Trzecim szczeblem szkolenia powszechnego ludności będzie:

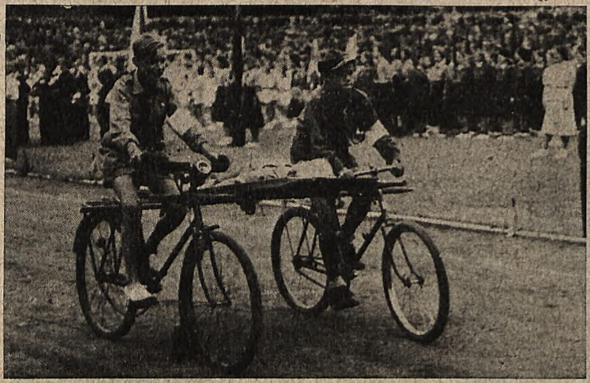
SZKOLENIE INSTRUKTORÓW PCK.

Szkolenie instruktorów będzie miało na celu przygotowanie kadr instruktorskich PCK. dla terenu całej Polski. Szkolenie to, odbywać się będzie przeważnie centralnie, a absolwenci kursów wrócą do swych macierzystych terenów, jako organizatorzy ratownictwa i szkolenia oraz jako wykładowcy na szczeblu szkolenia ogólnego.

***

Zastępy szkolonych na wszystkich trzech szczeblach będą rosły progresywnie, zgodnie z przygotowanym planem 6-letnim. Należy jeszcze dodać, że PCK przewiduje wprowadzenie odznak specjalnego typu dla wszystkich szczebli szkolenia.

Podczas gdy dla szkolenia młodzieży przewiduje się, specjalnie w tym kierunku przeszkolonych przez PCK, nauczycieli, a do wykładów w zakresie szkolenia ogólnego dla dorosłych — instruktorów PCK, wykładowcami w zakresie szkolenia specjalnego będą lekarze i pielęgniarki.



Transport chorego na rowerach. Z ćwiczeń przeszkolonej przez PCK młodzieży harcerskiej z Sopotu i Gdyni.

Polski Czerwony Krzyż posiada dość obszerny rejestr dotychczasowych wykładowców, lekarzy i pielęgniarek, wobec jednak szerokich zadań i rozległości działania, jakie obecnie otwiera się przed szkolnictwem sanitarnym PCK, liczba ta może okazać się niedostateczna.

Biorąc jednak pod uwagę społeczny charakter tej akcji, jej ogromne znaczenie dla kultury zdrowotnej Kraju, można mieć pewność, że do walki z analfabetyzmem sanitarnym staną masowo zarówno lekarze, jak i pielęgniarki — wykładowcy całej Polski.

A. B.

DR JERZY SUCHANEK

AKCJA PRZECIWWENERYCZNA W POLSCE

OBECNIE można już w ogólnych zarysach ocenić znaczenie i dotychczasowe wyniki masowej akcji zwalczania chorób wenerycznych, prowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia, zwanej powszechnie akcją „W".

Przypomnieć należy, że w chwili rozpoczęcia akcji, t. j. na początku roku bieżącego, sytuacja na tym odcinku przedstawiała się wybitnie niepomyślnie. Przy znacznej zapadalności na choroby weneryczne, sięgającej liczby 150.000 świeżych zakażeń kiłą w ciągu roku, stwierdzało się stosunkowo małą frekwencję w poradniach przeciwwenerycznych przy Ośrodkach Zdrowia oraz ogromne braki w zaopatrzeniu w sprzęt lekarski i leki przeciwweneryczne. Znaczny odsetek chorych wenerycznie nie leczył się w ogóle lub leczył się niedostatecznie. Równocześnie zasada wykrywania i docierania do źródeł zakażenia i kontaktów, podstawa współczesnej walki społecznej z chorobami wenerycznymi, była zupełnie zaniedbana i nie była realizowana. Przepisy prawne, choć stwarzały podstawy do walki, nie były uzupełnione odpowiednimi rozporządzeniami wykonawczymi. Nie było wreszcie prób rozwiązania szeregu zagadnień, zazębiających się o problem zwalczania chorób wenerycznych, jak np. sprawy walki z nierządem, czy sprawy propagandy higieny życia płciowego wśród młodzieży.

WYTYCZNE PLANU

W tej sytuacji rozpoczęcie wielkiej akcji odrazu w skali masowej, obejmującej cały kraj, połączone było z poważnymi trudnościami. Jednakże rozmiary klęski społecznej chorób wenerycznych nakazywały działanie szybkie i maksymalne skrócenie okresu przygotowawczego.

Plan wielkiego ataku na choroby weneryczne uwzględnił nasze specyficzne warunki, wykorzystując doświadczenie innych krajów w tej dziedzinie oraz oparty został na najnowocześniejszych zdobyczach lecznictwa. Chociaż plan ten był niejednokrotnie w prasie podawany do publicznej wiadomości, przypomnę tylko jego następujące główne zasady:

1. Zagęszczenie sieci placówek lecznictwa społecznego chorób wenerycznych, odpowiednie ich wyposażenie oraz wciągnięcie do współdziałania w akcji wszystkich lekarzy.
2. Powszechne udostępnienie bezpłatnego, nowoczesnego leczenia w każdym przypadku choroby wenerycznej przy zachowaniu maksymalnej dyskrecji.
3. Zorganizowanie i usprawnienie aparatu terenowego do wykrywania źródeł zakażenia i kontaktów drogą wywiadu społecznego i badań masowych.
4. Powszechne uświadomienie społeczeństwa o niebezpieczeństwie chorób wenerycznych i konieczność ich wczesnego leczenia.
5. Podniesienie na wyższy poziom rozpoznawania i leczenia chorób wenerycznych przez dokształcenie personelu lekarskiego i pomocniczo - lekarskiego.

AKCJA PRZYGOTOWAWCZA

Okres przygotowawczy akcji w pierwszych miesiącach 1948 wypełniło angażowanie fachowego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego do poradni przeciwwenerycznych, jego odpowiednie przeszkolenie, zaopatrzenie placówek w konieczny sprzęt diagnostyczny tj. mikroskopy z tzw. ciemnym polem i wreszcie wprowadzenie na terenie całego kraju nowoopracowanej jednolitej procedury wykrywania źródeł zakażenia i kontaktów. Głównym jednak zadaniem było nasycenie terenu lekami przeciwwenerycznymi, a przede wszystkim penicyliną i powszechne udostępnienie bezpłatnego lecznictwa w każdym przypadku choroby wenerycznej.

Zagadnieniem dużej wagi było skoordynowanie akcji przeciwwenerycznej ze wszystkimi torami Służby Zdrowia, a przede wszystkim z torem ubezpieczeniowym. W tym celu umożliwiliśmy również chorym ubezpieczonym nowoczesne leczenie wszystkich świeżych zakażeń chorobami wenerycznymi, w poradniach specjalnych przy Ośrodkach Zdrowia.

Takie rozwiązanie problemu koordynacji akcji „W“ okazało się najkorzystniejsze i nie wykluczało przydziału leków w terenie dla każdego lekarza zarówno Ubezpieczalni jak i wolno - praktykującego, który chciałby leczyć świeży przypadek choroby wenerycznej.

WYKRYWANIE KONTAKTÓW

W ten sposób do współdziałania w akcji wciągnięte zostały wszystkie ogniwa Służby Zdrowia, co nabiera specjalnego znaczenia w dziedzinie wykrywania źródeł zakażenia i kontaktów. Jak wiadomo, procedura zgłaszania i wykrywania kontaktów w chorobach wenerycznych została wprowadzona u nas po raz pierwszy i wymagała wdrożenia się do niej ze strony personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, odpowiedniego przeszkolenia go oraz zrozumienia ze strony społeczeństwa.

Przeprowadzone w połowie roku inspekcje w terenie wykazały, że wprowadzony system docierania do źródeł zakażenia wenerycznego i kontaktów coraz lepiej się przyjmuje i poziom jego stale wzrasta.

Ilustracją tego faktu mogą być dane liczbowe, uzyskane za okres pierwszego półrocza roku ubiegłego a więc okres kiedy właściwa akcja lecznicza dopiero się zaczynała. W tym właśnie okresie zgłoszono około 18.000 kontaktów, wśród których wykryto około 10.000 przypadków chorych wenerycznie. Cyfry powyższe nabierają specjalnej wymowy jeśli się weźmie pod uwagę, że znaczny odsetek wykrytych w ten sposób chorych nie wiedziało o swej chorobie, stanowiąc źródło zakażenia dla innych.

BADANIA MASOWE

Inną drogą, mającą na celu dotarcie możliwie do wszystkich chorych wenerycznie w ramach akcji „W“, były masowe badania ludności. Na terenie każdego województwa uruchomiona została specjalna kolumna sanitarna (t. zw. kolumna „W“), składająca się z lekarza specjalisty, pielęgniarki i sanitariuszki, zaopatrzona w samochód sanitarny i wszelki sprzęt lekarski, potrzebny do przeprowadzania badań lekarskich. Kolumny te, których uruchomiliśmy na terenie kraju 13, przeznaczone w pierwszym rzędzie do przeprowadzania badań masowych, miały również za zadanie instruowanie i usprawnianie stałych poradni przeciwwenerycznych oraz prowadzenie propagandy przeciwwenerycznej w terenie. Badania masowe, polegające na badaniu serologicznym, uproszczoną metodą suchej kropli krwi (t. zw. metoda C h e d i a k a), były prowadzone nietylko przez kolumny, ale również przez placówki terenowe, tj. poradnie przy Ośrodkach Zdrowia. Badania te prowadzone w zakresie nigdzie na świecie dotąd nie stosowanym, obejmowały ludność zamieszkującą całe tereny, wielkie zakłady pracy, pewne zawody, młodzież szkół wyższych itp.

W wyniku dotychczasowej akcji badań masowych do września ub. r. przeprowadziliśmy około 590.000 badań serologicznych wśród których wykryto średnio 1 — 2% dodatnich odczynów, świadczących o istniejącym zakażeniu kiłowym. Tak więc i ta metoda pomogła do wykrycia wielkiej liczby chorych w okresie zakaźnym, a więc źródeł zakażenia, niejednokrotnie nieświadomych swej choroby.

Akcja badań masowych trwa bez przerwy z coraz większym nasileniem, przy czym na trenie niektórych województw liczba badań dochodzi do 3.000 dziennie. Wykonywaniem samych odczynów serologicznych zajmują się filie wojewódzkie Państwowego Zakładu Higieny, w ramach ścisłej współpracy z akcją „W“.

AKCJA PRZESZKOLENIOWA

Zagadnienie przeszkolenia nowozaangażowanego personelu, wobec wprowadzenia nowych, nieznanych dotąd, metod społecznej walki z chorobami wenerycznymi, wyłoniło się już w pierwszym okresie akcji. Przyjęty system krótkich 2 — 3 dniowych kursów — odpraw okazał się praktyczny i dzięki niemu udało się do września ub. r. zorganizować 18 kursów, obejmujących współczesny stan wiedzy o rozpoznawaniu, leczeniu i zwalczaniu chorób wenerycznych, na których przeszkolono około 540 lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w akcji „W“. Równolegle z akcją szkoleniową na kursach, Ministerstwo Zdrowia dostarczało lekarzom odpowiednie wydawnictwa naukowe, podające organizacyjne, społeczne i kliniczne podstawy prowadzonej akcji.

ZAOPATRZENIE

Poważnym problemem była sprawa zaopatrzenia poradni w konieczny lekarski sprzęt rozpoznawczy, tj. mikroskopy z tzw. ciemnym polem. W chwili rozpoczęcia akcji, mikroskopów takich było zaledwie 10 na terenie całego kraju. Obecnie już ponad 100 poradni posiada nowe ultramikroskopy, zaś do końca roku wszystkie poradnie powiatowe będą w nie zaopatrzone.

Odpowiednie przygotowanie placówek terenowych, nasycenie poradni lekami, zaopatrzenie ich w sprzęt, zaangażowanie i przeszkolenie personelu oraz powszechne wprowadzenie nowego systemu wykrywania źródeł zakażenia i kontaktów — wszystko to stanowiło już odpowiednią podstawę do umasowienia akcji i wyłoniło nowe zadanie zwiększenia frekwencji w poradniach. Drogą do osiągnięcia tego celu było uświadomienie społeczeństwa o toczącej się akcji i jej znaczeniu przez odpowiednią propagandę. Ostatecznym celem takiej kampanii uświadamiającej było przeleczenie wszystkich wenerycznie chorych nieleczonych lub leczonych niedostatecznie i zabezpieczenie ich tym samym przed ciężkimi następstwami.

AKCJA UŚWIADAMIAJĄCA

Biorąc pod uwagę znane powszechnie zjawisko w społecznym lecznictwie kiły — przedwczesnego przerywania leczenia przez ogromną większość chorych, którzy zniechęcali się przewlekłymi i wyczerpującymi kuracjami, ważnym było podkreślenie w akcji uświadamiającej postępów współczesnego lecznictwa i znacznego skrócenia okresu leczenia, co wybitnie dodatnio wpłynęło na frekwencję chorych w poradniach przy Ośrodkach Zdrowia i ujawnienie się w znacznej mierze niebezpiecznego „podziemia wenerycznego“. Tak więc odpowiednie wydawnictwa broszur i plakatów oraz zorganizowana za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwwenerycznego sieć odczytów i pogadanek o chorobach wenerycznych spełniły swe zadanie. Podkreślić należy specjalną rolę jaką odegrały w tej akcji ruchome kolumny sanitarne „W“, dzięki ich możliwości docierania do najodleglejszych zakątków kraju. Obecnie wszystkie kolumny zaopatruje się w nowoczesne dźwiękowe aparaty filmowe wraz z filmami przeciwwenerycznymi, co znacznie zwiększy atrakcyjność propagandy przeciwwenerycznej i ułatwi pracę kolumny.

OSIĄGNIĘCIA

Szybki wzrost frekwencji w Poradniach Przeciwwenerycznych przy Ośrodkach Zdrowia umożliwił przeleczenie do października ub. r. około 70.000 przypadków w tym około 43.000 przypadków kiły i 27.000 przypadków rzeżączki. Cyfry powyższe świadczą o tym, że w zasadzie zrealizowanie akcji uderzeniowej powiodło się, pomimo rozlicznych przeszkód i trudności i pomimo tu i ówdzie popełnionych błędów.

Pamiętać należy, że u znacznej większości chorych przeleczonych — zlikwidowany został w szybkim czasie, w ciągu około 2 tygodni, stan zakaźny, dzięki czemu można się spodziewać osiągnięcia zasadniczego efektu epidemiologicznego, tj. znacznego ograniczenia źródeł zakażenia. Chorzy przeleczeni podlegają, w ramach akcji, starannej obserwacji lekarskiej oraz systematycznym badaniom krwi na odczyny serologiczne.

Ścisła współpraca z Państwowym Zakładem Higieny zapewniła wprowadzenie w ramach akcji „W“ współczesnych metod badań serologicznych dzięki czemu zastosowanie nowych szybkich metod leczenia pozbawione zostało wszelkiego ryzyka dla chorych.

TRUDNOŚCI I NIEDOCIĄGNIĘCIA

W ogólnej ocenie prowadzonej dotąd akcji nie można pominąć różnych niedociągnięć, trudności i przeszkód, na jakie ona natrafiała.

Niewątpliwie niedociągnięciem było niedostateczne uwzględnienie zagadnienia zwalczania nierządu oraz zagadnienie popularyzacji zasad życia płciowego wśród szerokich warstw społeczeństwa, w szczególności wśród starszej młodzieży. Sprawa ta wkracza obecnie na inne tory, akcja zwalczania nierządu wprowadzona będzie w życie i skoordynowana z akcją „W“, zaś odpowiednie publikacje wypełnią lukę w wychowaniu młodzieży.

Poważną przeszkodą w akcji był brak dostatecznej liczby kadr lekarskich, w szczególności elementu społecznie nastawionego. Doświadczenie wykazało, że na tych terenach akcja rozwijała się dobrze i czyniła znaczne postępy, gdzie personel fachowy wykazał odpowiedni poziom i zdolności organizacyjne,

a przede wszystkim społeczne nastawienie, zapał i entuzjazm do pracy. I tu trzeba stwierdzić, że obok pięknych przykładów wybitnie społecznego podejścia do swej pracy, obok znacznej ofiarności i poświęcenia, zarówno ze strony personelu lekarskiego jak i pielęgniarskiego — spotykało się przypadki poważnych zaniedbań, a nawet w pewnych okolicznościach — świadomego szkodnictwa.

REASUMUJĄC...

...należy zaznaczyć, że już obecnie w trakcie prowadzenia akcji daje się zaobserwować na wielu terenach, według nadchodzących doniesień — spadek liczby świeżych zakażeń wenerycznych, w szczególności kiłą. Aby móc z powyższego faktu wyciągnąć wnioski dalej idące — należałoby jeszcze zbadać wszystkie elementy, które się nań złożyć mogły.

W chwili obecnej jesteśmy w trakcie zbierania szczegółowych danych, przy czym nasza akcja uderzeniowa trwa nadal, coraz bardziej się rozwija i poziom jej podwyższa się. Zarówno napływające dane, jak i ogólne obserwacje, wyrażone w sprawozdaniach z terenu, przemawiają za tym, że pomimo przeszkód i trudności, których zwalczanie — jak się zdaje — jest tylko kwestią czasu, jesteśmy na dobrej drodze do realizacji wytkniętego celu, a mianowicie — opanowania chorób wenerycznych, jako chorób społecznych, przez szybkie zmniejszenie liczby źródeł zakażenia.

Jerzy Suchanek

H. BURAKIEWICZ

PIELĘGNIARKA W AKCJI „W"

Czołową rolę w walce z chorobami wenerycznymi może i powinna odegrać pielęgniarka. Udział pielęgniarki w tej akcji podzieliłabym na trzy części: 1) praca propagandowa, 2) praca na oddziałach skórno wenerycznych, 3) praca w Poradniach Przeciwwenerycznych.

Zajmę się omówieniem 1 i 3 działu. Celowo wyłączam propagandę jako punkt odrębny, mimo że wchodzi ona w zakres 2 i 3 działu pracy, ponieważ uważam, że szerzeniem wiadomości o chorobach wenerycznych, ich skutkach i metodach ich zwalczania, musi zajmować się każda pielęgniarka, bez względu gdzie pracuje. Czym jest umiejętnie prowadzona akcja propagandowa nie muszę chyba podkreślać. Specjalnie dodałam słowo—umiejętnie, ponieważ szereg pielęgniarek nie zna jeszcze dobrze zagadnienia chorób wenerycznych, a wtedy trudno jest brać się do propagandy. Łatwo jest co prawda brak ten uzupełnić. Ministerstwo Zdrowia organizuje kursy dla lekarzy i pielęgniarek, we wszystkich większych ośrodkach z zakresu zwalczania chorób wenerycznych. Uważam, że każda z pielęgniarek powinna przejść takie przeszkolenie, dające jej możność właściwego prowadzenia akcji propagandowej, ponieważ propaganda źle ujęta może dać jak najgorsze efekty.

Choroby weneryczne przed II Wojną Światową były uznawane za coś hańbiącego, coś o czym głośno nie należy mówić. Człowiek, który się zaraził uważał, że jest usunięty poza nawias społeczeństwa. Żeby zachować w tajemnicy swój stan, wolał być nieuczciwym (zarażając innych) niż leczyć się. Przede wszystkim do pielęgniarek należy przełamanie tego oporu w społeczeństwie. Wygłaszając pogadanki w szkołach w świetlicach, miejscach pracy, na zebraniach, ucząc ciągle, bez przerwy, czym są choroby weneryczne i jakie są ich skutki, pielęgniarka przyczyni się do zniesienia tej klęski społecznej.

Omawiając 3 dział pracy pielęgniarskiej w poradniach przeciwwenerycznych, chciałabym się nieco zatrzymać na ogólnej sylwetce pielęgniarki. Cechą pielęgniarki pracującej w poradni przeciwwenerycznej, prócz cech normalnie od niej wymaganych, powinien być takt, łatwość nawiązywania kontaktu z ludźmi, oraz umiejętność zachowania dyskrecji. Jeżeli przyjrzymy się bliżej pracy pielęgniarki, w przychodni przeciwwenerycznej, to zrozumiemy dlaczego cechy te muszą być przodujące.

Pracę w poradni przeciwwenerycznej podzielę znów na dwa punkty: a) praca w terenie, b) praca w samej poradni. Do pracy terenowej zaliczam wywiady w środowisku osób zarażonych, oraz pracę propagandową. Wywiad mający na celu ściągnięcie pacjenta do poradni, oraz wykrycie źródła zakażenia jest najważniejszym punktem pracy pielęgniarskiej. Ten pierwszy moment zetknięcia chorego z poradnią musi wypaść dodatnio, jeżeli nie chcemy załamania całej akcji. Pielęgniarka w wywiadzie musi mimo woli zahaczyć o najbardziej intymne sprawy człowieka i tutaj pomóc jej mogą tylko cechy, o których wyżej wspomniałam. Z tych cech na pierwsze miejsce wysuwa się umiejętność zachowania tajemnicy lekarskiej. Nie dochowanie tajemnicy lekarskiej w przypadku choroby wenerycznej, może się stać przyczyną ruiny całego życia chorego. Chory zatem musi mieć świadomość, że pielęgniarka przeprowadzająca wywiad, docenia i rozumie wagę tego zagadnienia. Wtedy dopiero może z pełnym zaufaniem udzielić żądanych informacji i chętnie słuchać wszystkich przez pielęgniarkę udzielanych wskazówek.

Praca w samej poradni polega na pomocy w czasie przyjęć lekarskich, wykonywaniu zleconych zabiegów, oraz prowadzeniu sprawozdań. Dwa pierwsze działy pracy pielęgniarskiej nie wymagają omówie-

nia, ponieważ każda z nas zna je dobrze. Że sprawozdawczością jest niestety dużo gorzej. Zagadnienie statystyki jest przez nas na ogół niedoceniane. Pielęgniarka wypełniając poszczególne raporty nie zdaje sobie sprawy, że każdy z tych tak niechętnie wypełnianych „świstków“ to podstawa do prowadzenia akcji planowej. Na podstawie sprawozdań z terenu całej Polski, Wydział Zwalczania Chorób Wenerycznych zwiększa lub zmniejsza przydział penicyliny na poszczególne Województwa, przydziela kredyty, otwiera nowe poradnie, wysyła kolumny przeciwweneryczne tam gdzie sieć poradni nie dosięga, urządza kursy dokształcające itd. Wymowa cyfr jest wielka i wypełniając każde sprawozdanie, pielęgniarka musi pamiętać, by było ono dokładne i odpowiadające rzeczywistości.

Zakres pracy pielęgniarskiej na oddziałach skórno-wenerycznych opuściłam celowo ponieważ uważam, że nie różni się on specjalnie od pracy na innych oddziałach szpitalnych.

H. Burakiewicz

NIKA LISOWSKA
V-ce przełożona P. I. P. Gliwice

PIELĘGNIARKA W INSTYTUCIE PRZECIWRAKOWYM

TYCH kilka doświadczeń, którymi pragnę podzielić się z Wami, Koleżanki, zebrałam podczas mej dwuletniej pracy w Państwowym Instytucie Przeciwrakowym w Gliwicach.

Niektóre z moich spostrzeżeń są z pewnością znane wielu koleżankom, będą więc tylko ożywieniem, potwierdzeniem wiadomości, inne zaciekawią być może i pouczą, jako wiadomości, które „mogą się przydać“, całość zaś ma być dla najmłodszych koleżanek objektywnym oświetleniem pracy pielęgniarskiej na tej placówce, która — powiedzmy szczerze — nie cieszy się specjalną atrakcyjnością, gdyż jest pracą trudną, często niewdzięczną i z tego jeszcze względu, że placówek takich jak Państwowy Instytut Przeciwrakowy w Gliwicach jest mało w Polsce.

Chciałabym, by artykuł poniższy spełnił dwojaką rolę: po pierwsze, by opisał szczególną rolę pielęgniarki w szpitalu przeciwrakowym, a po wtóre, by zachęcił więcej koleżanek do pracy wśród tych chorych najnieszczęśliwszych, bo pielęgniarek jest tam ciągle brak.

Pisząc słowa „zachęty“ nie mam zamiaru przedstawiania rzeczywistości w fałszywym świetle „kalkulacji“, korzyści i lepszej sytuacji materialnej koleżanek pracujących wśród chorych rakowych (chociaż sugerowano mi, żeby wspomnieć o dodatku radowym, 8-godzinnym tylko dniu pracy, wygodnym mieszkaniu itd.), pragnę jedynie opisać całokształt zajęć pielęgniarskich w Instytucie Przeciwrakowym. Wiem, że przyjdą do nas koleżanki, dla których zawód pielęgniarski jest formą służenia społeczeństwu, wynikającą z wewnętrznej potrzeby pomagania ludziom w chorobie.

PRACA wśród chorych na raka stawia przed pielęgniarką wymagania większe bodaj niż gdzie indziej. Nie wystarcza tu sama wiedza fachowa, znajomość specjalnej techniki i sumienność w pełnieniu obowiązków — potrzeba czegoś więcej, mianowicie szczególnych kwalifikacji moralnych, znajomości psychiki ciężko chorych bezradnych wobec ogromu nieszczęścia i przerażonych swoim cierpieniem, które — choć niesłusznie — powszechnie ciągle ma jeszcze opinię choroby „nieuleczalnej“. Ileż taktu, współczucia, dobroci i cierpliwości trzeba na to, by przekonać, rozwiać obawy, natchnąć optymizmem chorego i jego rodzinę, by przywrócić wiarę w skuteczność i celowość leczenia, by wreszcie wymusić nieustępliwą perswazją zgodę na rozsądne poddanie się koniecznym zabiegom leczniczym. Umiejętności zdobywania zaufania nie można nauczyć się z książki. Trzeba mieć czujące serce ludzkie wrażliwe na cudzą niedolę, życzliwość i wewnętrzny nakaz niesienia pomocy.

RAK JEST ULECZALNY. O tym musimy pamiętać. Ponura statystyka wypadków beznadziejnych — to skutek niedostatecznego uświadomienia społeczeństwa i warunków ekonomicznych naszego kraju, które z każdym dniem ulegają poprawie i wróżą lepszą przyszłość. Ogół ludności zbyt mało wie o chorobie raka i chorzy zbyt późno zaczynają się leczyć. Stąd — jak to często widzimy — do szpitala trafiają przeważnie przypadki choroby tak daleko posuniętej, że leczenie nie może już dać większych rezultatów. Na przykład, chore z rakiem szyjki macicy zjawiają się w szpitalu prawie z reguły

już w III lub IV stopniu rozwoju choroby, podczas gdy I i II stopień rokują znakomitą większość wyleczeń. Trzeba wierzyć w skuteczność leczenia raka i wiarę tę wyrabiać w innych, że leczyć się warto, że walczyć trzeba... Jest dużo wypadków całkowitego wyleczenia, ale leczenie jest tym skuteczniejsze, im wcześniej rozpoczęte.

Walka z rakiem jest odcinkiem na froncie walki o Polskę, o jej przyszłość. Instytut Przeciwrakowy powstał na Śląsku, skąd rekrutuje się największa w Polsce liczba chorych na raka. Tu robotnik pracuje najciężej i najwydatniej i jako cenny skarb Ojczyzny musi być otoczony jak najlepszą opieką.

AMBULATORIUM

AMBULATORIUM w Państwowym Instytucie Przeciwrakowym spełnia obok swej roli zasadniczej również rolę Izby przyjęć szpitala: lekarz decyduje tu o przyjęciu pacjenta, kontroluje stan chorych, którzy przeszli kurację i zgłaszają się do dalszych badań; a poza tym wykonuje się tu drobne zabiegi.

Pielęgniarki pracują tutaj tak, jak w każdej Izbie Przyjęć i Ambulatorium, zbierają anamnezy, prowadzą kartotekę, pomagają lekarzowi przy zabiegach itp.

Pacjenci kierowani są do Ambulatorium P.I.P. przez Przychodnie Przeciwrakowe, których większa liczba ma powstać na Śląsku w tym roku.

SZPITAL

Wśród chorych, pozostających w szpitalu na kuracji rozróżnia się chorych leczonych sposobami chirurgicznymi oraz promieniami Rentgena i radu.

Omówienie sposobu pielęgnowania chorych chirurgicznych w P.I.P. nie przynosi rzeczy nowych, chociaż częściej tu niż gdzie indziej zdarzają się tzw. stany przeciwrakowe (np. operacyjne leczenie wrzodów żołądka), naczyniaki (szczególnie częste u małych dzieci), gastrostomie, wykonywane w przypadkach przewężenia przełyku, amputacje piersi wobec stwierdzenia guzka rakowego, liczne tracheotomie przy guzach uciskających tchawicę itp. Do cięższych zabiegów należą amputacje kończyn, szczęki, zakładanie sztucznego odbytu w przypadku raka prostnicy oraz dość często zdarzające się laparatomie.

Materiał operacyjny jest duży. Zabiegi wykonuje się albo w celach zapobiegawczych, albo też już tylko objawowo w stanach daleko zaawansowanych, ponieważ drażnienie komórek rakowatych zabiegiem chirurgicznym może spowodować ich większy rozrost.

Jak na każdym oddziale chirurgicznym, tak i tu pielęgnowanie obejmuje chorych pozostających na obserwacji, chorych na salach pooperacyjnych, „czystych" i „brudnych". Specjalny nacisk kładzie się na dokładne wietrzenie sal, zwłaszcza „brudnych" i na częste zmiany opatrunków u chorych po zabiegu utworzenia sztucznego odbytu. Niektóre rany rakowatych są szczególnie ciężkie do pielęgnowania, trudne do opatrywania, nie goją się i wymagają nieraz od pielęgniarki prawdziwego zaparcia się siebie.

Drugą grupę chorych stanowią leczeni promieniami Rentgena i promieniami radu.

RENTGENOTERAPIA

Liczba chorych leczonych promieniami Rentgena jest większa, gdyż dochodzą tu chorzy ambulatoryjni i często również chorzy po zabiegach operacyjnych. W przeważnej większości są to chorzy chodzący. Do najcięższych przypadków zaliczyć trzeba chorych cierpiących na schorzenia narządów krwiotwórczych: naświetlania śledziony w białaczkach. Naświetlania przerzutów do kości i do płuc, jakkolwiek dają niezłe rokowania są jednak leczeniem tylko objawowym. W pielęgnowaniu nie sprawiają trudności. Pielęgniarki dbają o punktualne dostarczanie chorych na naświetlania (asystentki rentgenowskie same wyznaczają termin następnego zabiegu na karcie gorączkowej i karcie indywidualnej chorego, podają czas trwania i dawki promieni).

Ważną rolę w pielęgnowaniu chorych naświetlanych promieniami Rentgena odgrywa odpowiednie odżywianie. Zazwyczaj podaje się dietę lekkostrawną, ponieważ chorzy często bezpośrednio po lampach gorączkują, wymiotują i czują się raczej źle. Z tych też powodów nie podaje się chorym pokarmów bezpośrednio przed i po naświetlaniu. U chorych tego rodzaju bacznej uwagi wymaga pielęgnowanie skóry naświetlanej. Zazwyczaj występuje odczyn rumieniowy I. lub II. stopnia. Metoda pielęgnacji może być dwojaka: albo, skórę traktuje się na sucho, zasypując ją talkiem, albo też smaruje się obojętną maścią. Pierwszy sposób jest przez

lekarzy stosowany chętniej, zwłaszcza w oparzeniu I. stopnia. Pielęgniarka powinna z zasady uprzedzać chorego, że zarówno po naświetleniach promieniami Rentgena, jak i radu skóra ulegnie oparzeniu, a włosy w miejscu naświetlanym wypadną. Ponieważ kuracja jest zwykle długotrwała i serie lamp przeciągają się, do zadań pielęgniarki należy podtrzymywanie w chorych dobrego samopoczucia, aby z racji przewlekania się leczenia nie upadali na duchu.

Pielęgniarka nie zawsze ma bezpośrednią satysfakcję oglądania poprawy w stanie zdrowia pacjenta, które występuje zwykle dopiero po upływie dłuższego czasu, gdy pacjent jest już w domu i przychodzi tylko do ambulatorium do kontroli. Nie wolno tym się zrażać, z praktyki jednak wiem, że młode pielęgniarki, nie zdając sobie dostatecznie sprawy z przebiegu leczenia, łatwo zniechęcają się nie widząc bezpośrednich wyników. Cieszy je natomiast szybkie zmniejszanie się niektórych guzów nowotworowych, ustępujących „niemal w oczach" po naświetlaniach, chociaż w istocie sprawa jest już daleko posunięta, w ustroju istnieją liczne przerzuty i lokalne polepszenie jest tylko złudzeniem poprawy...

LECZENIE RADEM

Jest to dla pielęgniarki praca bezsprzecznie nabardziej uciążliwa. Rolę jej tutaj ująć można (tylko schematycznie!) w cztery punkty:

a) sprawdzanie czasu założenia i zdjęcia radu,
b) pielęgnowanie chorego,
c) opieka nad radem,
d) praca na sali aplikacji radu.

PUNKTUALNOŚĆ PRZEDE WSZYSTKIM

Praca w Instytucie nakłada na pielęgniarki szczególny obowiązek sumienności, punktualności i dokładności. Lekarz, zakładając choremu rad określa i zapisuje w zeszycie dokładny czas zdjęcia (od kilku godzin do kilku dni). Zdjęcie radu musi być punktualne co do minuty, ponieważ przetrzymanie lub przedwczesne zdjęcie powoduje zmianę w dawkowaniu promieni, które naświetlają miejsce schorzałe zbyt wiele albo za mało. Pielęgniarka zdejmując rad podpisuje swoim nazwiskiem godzinę i minutę wyjęcia. Jest za to osobiście odpowiedzialna. W praktyce jest to rzecz uciążliwa, gdyż poza wyjmowaniem radu pielęgniarka ma szereg innych zajęć pielęgniarskich. Pracę na punkcie pielęgniarskim ułatwiać mają zegary zwykłe i dające się nastawiać na dzwonienie (jak w zakładach przyrodoleczniczych). I zegary niewiele pomogą, gdy pielęgniarka jest niesumienna i niedokładna... Zeszyt z godzinami zdjęcia radu leży stale na biurku, pod ręką. Punkt pielęgniarski liczy 15—20 łóżek chirurgicznych, radowych ginekologicznych i zwykłych oraz 20—30 łóżek rentgenowskich.

PIELĘGNOWANIE CHORYCH Z RADEM

Pielęgnowanie chorego z radem zależy przede wszystkim od tego, w jaki sposób rad został założony: czy są to igły radowe wbite dotkankowo (zabieg chirurgiczny, zwykle w narkozie lub znieczuleniu miejscowym, na sali operacyjnej), czy tubki z radem umieszczone w specjalnym aparacie z wosku na przylepcu, czy korki i sondy z radem (stosowane w schorzeniach ginekologicznych, przełyku i odbytu).

Wbijanie dotkankowe igieł radowych znajduje szerokie zastosowanie w przypadkach raka powierzchownego (twarzy, języka) lub w zaawansowanych guzach np. piersi itp., dostępnych dla zabiegu wbijania dotkankowego. Aby utrzymać igły w ustalonym miejscu i dla łatwiejszego ich wyjmowania, zaopatrzone są one w mocne nitki, które przytwierdza się plastrem do skóry. Czasem grozi tu niebezpieczeństwo, nitki mianowicie mogą ulec przeżarciu pod wpływem ropy, igły zaś mogą wsunąć się wgłąb tkanek lub przy zmianie opatrunku można je niechcący wyrzucić. Dlatego też takie opatrunki robi lekarz przy pomocy pielęgniarki. Pielęgniarka musi jednak dbać, by opatrunek nie przeciekał, aby się nie obsuwał; dokłada z wierzchu materiał opatrunkowy, uzupełnia bandaże, plastry itp. W razie obsunięcia się opatrunku grozi zmiana położenia radu i niebezpieczeństwo naświetlania miejsca innego niż trzeba. Jeżeli opatrunek już uległ obsunięciu pielęgniarka musi natychmiast zawiadomić lekarza.

Pielęgnowanie jamy ustnej w przypadkach, gdy igły radowe wbito doustnie, polega na częstym podawaniu choremu płynu dezynfekującego do płukania i odżywianiu dietą płynną (wysokokaloryczną) przy pomocy rurki szklanej.

Równie troskliwej opieki wymagają chorzy, którym stosuje się aparaty z radem. Ponieważ aparaty mogą też ulec przesunięciu, należy często sprawdzać ich położenie, w razie zaś zmiany miejsca niezwłocznie zawiadomić lekarza.

Pielęgniarki, które kończą pracę i te, które obejmują dyżur przechodzą razem przez sale i u każdego chorego sprawdzają dokładnie czy opatrunki są w należytym stanie, czy aparaty dobrze przylegają itp. Każda nawet najmniejsza niedokładność może pociągnąć za sobą groźne następstwa. Np. w razie obsunięcia się blaszki ołowianej, zabezpieczającej oko, grozi zniszczenie gałki ocznej.

Założenie sondy gumowej (z radem) do prostnicy każe traktować tych chorych, jak po operacji guzów krwawnicowych. Chorym takim przez kilka dni podaje się opium i zwraca uwagę, by sonda nie wysunęła się z odbytnicy.

Najliczniejszą grupę chorych stanowią przypadki ginekologiczne. Chore z korkami pochwowymi (z radem), względnie sondą, zawierającą rad, wprowadzoną do szyjki macicy muszą leżeć na wznak, z nisko ułożoną głową, możliwie bez poruszania, aby rad nie uległ przemieszczeniu. Chorym tego rodzaju zmienia się codziennie opatrunki — wyjmuje się korki, wykonuje irygacje, świeżo tamponuje. Długotrwała pozycja leżąca powoduje nagromadzenie się gazów w jelitach i bolesne wzdęcia, a przy tym wskutek założenia radu chore gorączkują — należy więc podawać im dietę lekkostrawną. W razie wystąpienia objawów niepokojących, jak np. gwałtowny wzrost ciepłoty i dreszcze, pielęgniarka musi natychmiast zawiadomić lekarza, który często w obawie przed powikłaniami (np. zapalenie przydatków lub zapalenie otrzewnej) zmuszony jest przerwać na pewien czas leczenie radem. Tutaj, podobnie zresztą jak i w leczeniu promieniami Rentgena, często u chorych występują wymioty, wybitny brak łaknienia i złe samopoczucie, co nakłada na pielęgniarkę nowe obowiązki. Pilną uwagę należy też zwracać na codzienne, regularne wypróżnienia, a w razie braku stosować enemę.

Chorzy leczeni radem są początkowo przejęci i podenerwowani tym rzadko stosowanym zabiegiem leczniczym — na salach panuje nieraz nastrój rozdrażnienia i niepokoju. Pielęgniarka musi z tym walczyć, starać się zmienić nastrój, natchnąć chorych optymizmem.

Chorzy na raka mogą w zasadzie jeść wszystko, chyba że lekarz przeznaczy im dietę specjalną: lekką, ścisłą, półpłynną, papkowatą względnie bezsolną lub wątrobową. Staramy się jedzenie urozmaicić, przyprawiać dość ostro wobec uporczywego braku apetytu, a podajemy je w niewielkich ilościach (ale o wysokiej wartości ciepłostkowej). W pożywieniu należy unikać witaminy B, która wpływa rzekomo na rozwój tkanki rakowatej — a więc drożdży w pierwszym rzędzie.

OPIEKA NAD RADEM

Z chwilą opuszczenia sali aplikacji, gdzie choremu założono rad, opiekę nad radem przejmuje personel, na którego sali znajduje się chory. Może się zdarzyć, że wskutek nieuwagi personelu rad wraz z opatrunkiem zostanie wyrzucony do śmieci, albo trafi do muszli klozetowej. Istnieje też niebezpieczeństwo kradzieży.

W myśl **specjalnej instrukcji radowej,** obowiązującej w Instytucie i ściśle przestrzeganej, chorego z założonym radem eskortuje się z sali aplikacji aż do łóżka, w którym będzie pozostawał aż do chwili wyjęcia radu. Choremu nie wolno wstawać z łóżka, choćby nawet założono rad bardzo powierzchownie, np. na wargę. Wodę do mycia i baseny podaje się do łóżka. Na opatrunki czy badania chory musi iść w towarzystwie pielęgniarki.

Ostrożność taka stwarza konieczność większej liczby personelu pielęgniarskiego, niż w zwykłych szpitalach, gdzie chorzy chodzący sami sobie radzą i nie wymagają nieustannej kontroli. Każdy basen ,pochodzący od chorej z korkami w pochwie lub z sondą w rectum, jak również spluwaczka chorego z igłami radowymi w ustach muszą być dokładnie skontrolowane. Nie dość na tym, muszle gdzie wylewa się baseny zaopatrzone są w specjalne sita. W razie jakichkolwiek wątpliwości, posługaczki obowiązane są pokazywać pielęgniarkom baseny do sprawdzenia. Wszelkie opatrunki spala się, a popiół przechowuje się w skrzyniach do tygodnia, aby móc go przesiać, jeśli igłę wyrzucono przypadkowo razem z opatrunkiem.

Jak widać z powyższego kontrola jest bardzo dokładna.

Aby ułatwić personelowi orientację, którzy z pośród chorych mają rad, w Państwowym Instytucie Przeciwrakowym w Gliwicach zawiesza się na poręczach łóżek barwne tabliczki orientacyjne. Z chwilą zdjęcia radu usuwa się również tabliczkę. Niebieski zygzak na karcie gorączkowej oznacza, że chory leczony jest radem, czerwony zaś — że chory pobiera naświetlania promieniami Rentgena.

Przed możliwością kradzieży chroni specjalny aparat, który wykrywa obecność radu. Go-

dziny odwiedzin chorych są bardzo ograniczone, a paczki dokładnie sprawdzane.

NA SALI APLIKACJI RADU

Pielęgniarki na sali aplikacji radu pracują bezpośrednio przy zakładaniu radu. Cały personel, pielęgniarski i pomocniczy zmienia się tam co 3 miesiące ze względu na szkodliwy wpływ, jaki rad wywiera na zdrowie. Jest to praca obowiązkowa, traktowana w Państwowym Instytucie Przeciwrakowym jako wyszkolenie, które przechodzi cały personel. Powrót do pracy na sali radowej może nastąpić nie wcześniej, jak po upływie roku. W chwili obecnej szkolą się wszyscy. Projektuje się jednak wyeliminowanie 5 zespołów, najlepiej się do tej pracy nadających, które będą tam pracowały kolejno.

Sala aplikacji dzieli się na 2 mniejsze: ginekologiczną i aparatów. Na każdej, obok lekarza pracuje 1 pielęgniarka; poza tym przydziela się jeszcze jedną, najmłodszą w szkoleniu, dodatkowo na obydwie sale. Pielęgniarki prowadzą kartotekę, rejestrując wydawanie radu. Otrzymują z podręcznego magazynu od lekarza rad, potrzebny w danym dniu, według wskazówek lekarza obliczają dawki, wpisują do zeszytów czas założenia i zdjęcia radu. Aplikowanie i dawkowanie radu należy wyłącznie do lekarza.

Na sali ginekologicznej pielęgniarka przygotowuje tubki z radem, umieszcza je w korkach i sondach. Wszystkie pielęgniarki szkolą się w wyjmowaniu korków radowych z pochwy. Robią to w zasadzie same, a tylko w trudniejszych wypadkach proszą o pomoc lekarza. Pielęgniarki robią irygacje, asystują lekarzowi przy badaniu i tamponowaniu; niekiedy podają narkozę, jeśli zabieg tego wymaga. Z rana odbywa się badanie chorych i pierwszorazowe zakładanie radu, później zmienia się opatrunki.

Na sali aparatów, według wskazówek i pod kontrolą lekarza pielęgniarki przygotowują aparaty z parafiny i wosku, w które wkłada się rad. Aparaty dopasowuje i zakłada tylko lekarz.

Po upływie 3 miesięcy przewidzianych na pracę w salach radowych personel otrzymuje dodatkowo 3 dni urlopu. Przed rozpoczęciem i po ukończeniu pracy na sali aplikacji każdemu pracownikowi bada się krew na morfologię, ponieważ promieniowanie radu powodować może niedokrwistość. Niezależnie od tego, cały personel Instytutu poddawany jest 2 razy do roku ogólnym badaniom lekarskim, oraz badaniu krwi na morfologię. Cały personel w czasie pracy otrzymuje mleko; przysługuje mu dłuższy urlop oraz specjalny dodatek radowy (podobnie jak w szpitalach epidemicznych).

Personel zobowiązany jest sam dbać i chronić zdrowie: nie wolno np. przechowywać zdjętego radu gdzieś w szafce, pod ręką, lecz trzeba go odnieść natychmiast po zdjęciu do safes'u z radem; nie wolno dotykać palcami tubek i igieł radowych. Do tego celu służą pincety. Rad wywołuje zmiany w skórze, początkowo zupełnie niedostrzegalne, później jednak bardzo dokuczliwe. Aby więc ustrzec personel przed zaniedbywaniem obowiązujących przepisów i przyzwyczaić do ostrożności ustalono karne opłaty na bibliotekę chorych, w razie gdy lekarz stwierdzi, że radu dotykano palcami.

Zapas radu nie użyty do dziennego obiegu przechowuje się w ziemi, w specjalnym bunkrze betonowym. Projektowana „bomba radowa", mająca liczyć 5 g radu (do naświetlań z odległości, np. w schorzeniach śródpiersia) ma otrzymać specjalne zabezpieczenie.

Projektuje się wkrótce również przebudowę oddziału terapii rentgenowskiej, powiększenie do 12 lamp i wprowadzenie specjalnych zabezpieczeń.

* * *

W chwili obecnej Państwowy Instytut Przeciwrakowy jest z konieczności niejako „omnibusem", przyjmuje bowiem wszystkie wypadki raka, nawet zaawansowane do leczenia tylko objawowego. W przyszłości przewiduje ię przyjmowanie tylko chorych skierowanych przez poradnie, nadających się do leczenia; przypadki nie nadające się do leczenia będzie się kierować do zakładów dla nieuleczalnych. Praca pielęgniarek będzie wtedy łatwiejsza, ciekawsza i bardziej owocna. Duża liczba ciężkich przypadków, wśród których pracują obecnie pielęgniarki, prawdziwej pielęgniarki do pracy nie zniechęca; przeciwnie, widzi się jak bardzo praca pielęgniarki jest potrzebna, niezbędna i pomocna. Poczucie wysokiej odpowiedzialności za pracę własną, za obserwację chorych, którą jej lekarz powierza czyni ją pracownikiem wartościowym i wydajnym pomimo tak groźnego wroga jakim jest rak, z którym walczy nieustępliwie ramię w ramię z lekarzem.

Nika Lisowska



DR ZOFIA CHEŁCHOWSKA

RAK MACICY

(Z INSTYTUTU RADOWEGO IM. MARII SKŁODOWSKIEJ)

JEDNYM z najczęstszych nowotworów atakujących kobiety jest rak macicy. Statystyki podają, że wynosi on około 30% wszystkich raków u kobiet.

Obliczono, że w Polsce umiera rocznie na raka około 3.500 — 4,000 kobiet. Schorzenie to rozwija się zwykle podstępnie i atakuje przede wszystkim kobiety w wieku dojrzałym.

Rak macicy może obejmować szyjkę lub też trzon macicy.

W pierwszym przypadku będzie to rak zbudowany z komórek płaskich nabłonka śluzówki szyjki macicy, w drugim z nabłonka walcowatego śluzówki jamy macicy.

Rak trzonu macicy jest znacznie rzadszy i wynosi około 10% wszystkich raków u kobiet.

W swym stadium początkowym rak nie daje żadnych dolegliwości i wobec braku objawów łatwo może być przeoczony i stwarza duże trudności rozpoznawcze.

Często też rak macicy bywa wykrywany przypadkowo, jeśli chora zgłasza się do lekarza ze skargami z zupełnie innego powodu.

Najlepsze dotychczas i najpewniejsze — powiedzmy — niezawodne rozpoznanie daje nam badanie histologiczne wycinków pobranych z części pochwowej lub wyskrobin z szyjki i jamy macicy. Pobranie takiego materiału do badania nie nasuwa trudności dla lekarza i nie powoduje żadnych przykrych następstw dla chorej. Dzięki temu można je powtarzać dość często, tak często, by w przypadkach nasuwających podejrzenie w kierunku raka wykryć go odpowiednio wcześnie.

Bowiem tylko wczesne rozpoznanie może zapewnić wyleczenie choroby.

Wiemy z doświadczenia, że owrzodzenia rakowe, zwłaszcza szyjki, rozwijają się szybko, okres kilkumiesięczny lub nawet kilkutygodniowy czyni chorobę daleko zaawansowaną.

Najlepszą metodą terapeutyczną stosowaną obecnie w chorobie raka macicy jest leczenie promieniami.

W przypadkach bardzo wczesnych można zastanawiać się nad leczeniem operacyjnym, ale i w tych razach konieczne jest pooperacyjne uzupełnienie leczenia promieniami.

Uzasadnia się to tym, że rak szerząc się naczyniami limfatycznymi może obejmować teren niedostępny już dla badania klinicznego, ani przede wszystkim dla leczenia chirurgicznego, i tylko promieniami Roentgena można ten teren należycie wyjałowić. Dalej posunięty przypadek raka części pochwowej macicy należy leczyć tylko i wyłącznie promieniami.

Metoda operacyjna zawodzi tutaj ze względów czysto technicznych, a nawet przyśpiesza rozsianie nowotworu przez otwarcie naczyń limfatycznych dla inwazji komórek rakowych. Statystyki wykazały, że późne przypadki leczone operacyjnie dają śmiertelność znacznie wyższą niż nieleczone w ogóle.

Leczenie promieniami obejmuje stosowanie radu i Roentgena.

Rad działa bezpośrednio na naciek w macicy i najbliższym otoczeniu, promienie Roentgena zaś niszczą dalej położone nacieki nowotworowe.

Niezmiernie ważne jest przeprowadzenie kuracji w czasie możliwie najkrótszym, zazwyczaj od 5 — 6 tygodni. Rozciąganie leczenia z jakichkolwiek powodów odbija się bardzo



Biblioteka i czytelnia.

niekorzystnie i zmniejsza szanse uzyskania dobrych wyników leczniczych.

Nowotwór niewyleczony od razu i „poprawiany“ za drugim nawrotem uodparnia się jakby na leczenie i staje się mniej wrażliwy na promienie.

Uboczne objawy leczenia promieniami radu i Roentgena przeprowadzonego poprawnie są przejściowe i trwają od 4-ch do 6-ciu tygodni. Należą do nich: podrażnienie odbytnicy, pęcherza moczowego oraz stan zapalny i złuszczanie się naskórka w miejscach naświetlanych.

Groźniejsze są powikłania na skutek zaostrzenia się starych, istniejących w organiźmie ukrytych stanów zapalnych.

Niebezpieczne zwłaszcza są wszelkie stany zapalne jajowodów, a przede wszystkim otorbionych ropni, mogących prowadzić do mniej lub więcej ostrych objawów otrzewnowych. Grozę tego ostatniego powikłania obecnie znacznie zmniejsza penicylina. Przy czynnej gruźlicy płuc ograniczamy się zwykle do leczenia tylko radem, gdyż naświetlania promieniami większych obszarów ciała łatwo wywołują zaostrzenie procesu gruźliczego.

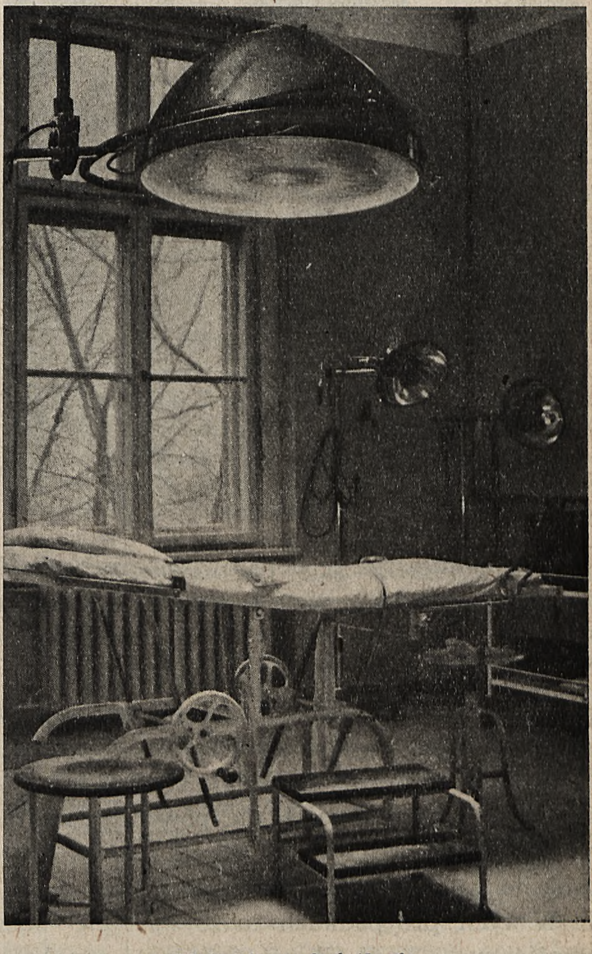
Rak macicy nieleczony, lub niewyleczony zajmuje coraz większy teren, a więc: narządy i tkanki otaczające, co może objawiać się obfitą, cuchnącą wydzieliną, krwotokami i nieznośnymi bólami. Przejście owrzodzenia nowotworowego na pęcherz lub odbytnicę nie należy do rzadkości. Prowadzi to do powstawania przetok pęcherzowo- lub odbytniczo- pochwowych.

Przerzuty mogą umiejscawiać się w gruczołach limfatycznych, nawet bardzo odległych, jak np. gruczoły chłonne nadobojczykowe, w płucach, kościach, w wątrobie i innych narządach.

Daleko w rozwoju posunięty rak macicy nadaje się jedynie do leczenia objawowego, ograniczającego się do uśmierzania narkotykami, nieznośnych bólów, lub do zabiegu chirurgicznego, tak zwanej chordotomii, polegającej na przecięciu tylnych korzonków rdzenia, przewodzących szlaki czuciowe.

Pielęgnowanie chorych na raka macicy podczas leczenia radem jest bardzo odpowiedzialne; nieznaczne bowiem uchybienia, lub przeoczenia mogą pociągnąć niezmiernie przykre następstwa dla chorej.

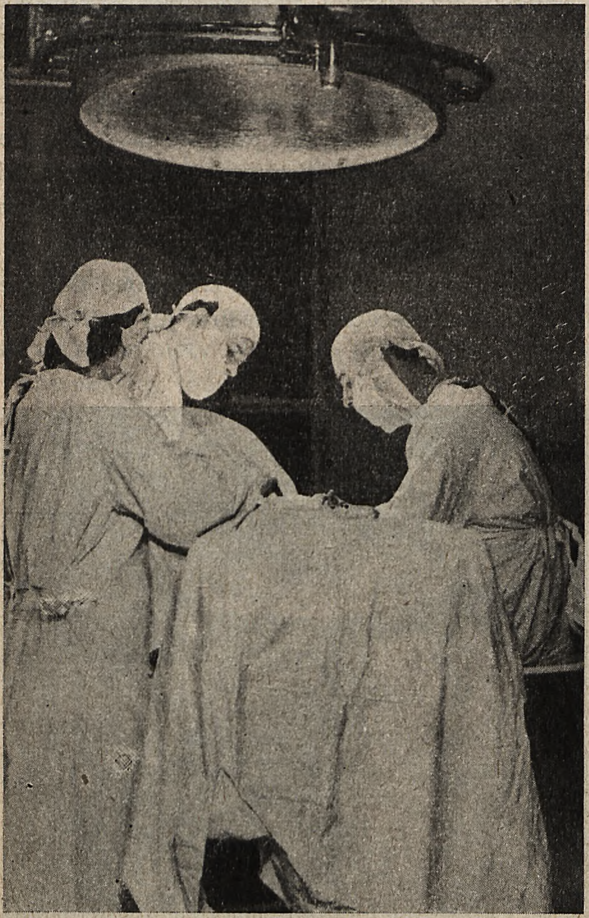
Chora w tym okresie jest zmuszona do leżenia tylko na plecach, nie wolno jej ani odwracać się na boki, ani siadać.



Głębokie naświetlania.

Wszelkie potrzeby fizjologiczne muszą być załatwiane w pozycji leżącej. Nic więc dziwnego, że chora jest zmęczona, często rozdrażniona swą bezradnością i całkowicie zdana na troskliwość otoczenia.

Poza jednostajną męczącą pozycją chora może mieć szereg dolegliwości ze strony narządów trawienia i wydzielania: utrudnienie w oddawaniu moczu i stolca, zatrzymywanie się gazów w jelitach, uczucie rozpychania i pieczenia w pochwie, powstające wskutek dużej ilości tamponów unieruchamiających ładunek radowy.



Aby zmniejszyć te dolegliwości trzeba dbać, by jedzenie chorej w tym czasie było łatwo strawne, aby chora mogła regularnie oddawać mocz i stolce, żeby jej nie dokuczały gazy.

Dobre samopoczucie chorej bardzo ułatwia leczenie. Zbyt przeładowane jelita, wypełniony pęcherz moczowy sprawiają chorej, nie tylko fizyczne dolegliwości, ale powodują zbliżenie zdrowych organów do ładunku radu, narażając je na większą dawkę promieni.

W tych przypadkach może nastąpić bądź przejściowe, bądź dłużej trwające zapalenie pęcherza i odbytnicy, kończące się długotrwałą i uciążliwą chorobą.

Dlatego wymaga się, by wszelkie posługi koło chorych leżących z radem były spełniane przez same pielęgniarki, a przynajmniej pod ich ścisłą kontrolą.

Natomiast wszelkie zabiegi pielęgniarki bezwzględnie muszą wykonywać same.

Do tych zabiegów należą: małe lewatywki celem usunięcia gazów, lewatywy głębokie w razie utrudnienia oddawania stolca, spuszczanie moczu cewnikiem.

Bardzo ważną rzeczą jest zakładanie i kontrolowanie podpasek, uniemożliwiających przesuwanie się ładunku radowego.

Obowiązkiem pielęgniarki jest także sprawdzić, czy chora, która ma mieć założony rad jest dostatecznie czysto umyta przed zabiegiem, czy oddała mocz i stolec. Należy pilnować, by chore leżące z radem nie zanieczyszczały się kałem przy oddawaniu stolca, łatwo bowiem można zawlec pałeczki okrężnicy znajdujące się w kale, do dróg rodnych. Może się wówczas rozwinąć ciężki stan zapalny, nie dający się leczyć penicyliną. W razie podnoszenia się temperatury u chorej, wzdęcia brzucha, wymiotów lub tylko uporczywych skarg bez uchwytnej przyczyny pielęgniarka powinna zawiadomić lekarza. Lepiej jest też porozumieć się z lekarzem w wypadkach nasuwających pielęgniarce wątpliwości lub stwarzających pewne trudności, uniknie się wówczas przykrych nierzadko następstw.

W przypadkach krwotoku należy bardzo pilnie sprawdzać wyrzucaną ligninę, podkłady i bieliznę chorej, jak również wynoszone baseny, łatwo bowiem z prądem krwi może wysunąć się opatrunek radowy, co grozi zgubieniem radu, jak wiemy niezmiernie cennego.

Ważną jest rzeczą stosowanie zimnych okładów na zlecenie lekarza: powinny się one znajdować nieco z boku podbrzusza, zaś centralnie tylko na wyraźne zlecenie lekarskie. Po wyjęciu radu chora powinna leżeć w łóżku tak długo, dopóki nie dostanie wyraźnego pozwolenia lekarza na siadanie lub wstawanie.

Reakcja poradowa bowiem trwa przez pewien czas i zbyt nagłe przejście do normalnych warunków grozi powikłaniem ze strony narządów rodnych lub trawiennych, aż do objawów podrażnienia otrzewnej włącznie.

Zofia Chełchowska

TARZYŃSKA JANINA
Pielęgniarka Akad. Lek. Gdańsk

PIELĘGNOWANIE PO OPERACJACH GINEKOLOGICZNYCH

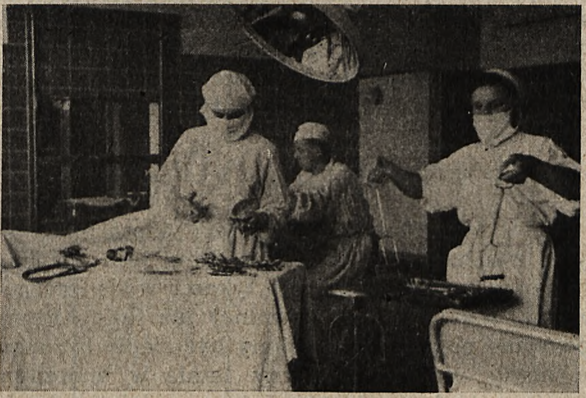
ISTNIEJĄCY z dawien dawna rozdział Szkół Pielęgniarstwa od Szkół Położniczych stał się przyczyną, że oddziały położniczo-ginekologiczne są do dziś właściwie pozbawione odpowiednio przygotowanego personelu. Dobrym bowiem i wykwalifikowanym położnym brak jest niejednokrotnie podejścia pielęgniarskiego, doskonałe zaś skądinąd pielęgniarki nie mają odpowiednich wiadomości z dziedziny położnictwa i chorób kobiecych. Brak ten, dzięki wprowadzeniu systemu szkół pielęgniarsko - położniczych zostanie z pewnością w niedługim czasie wyrównany.

Jeżeli wziąć pod uwagę oddział ginekologii operacyjnej, to tutaj postępowanie pielęgniarki będzie oczywiście zbliżone do postępowania na oddziałach chirurgicznych, wiele jednak przypadków wymagać będzie specjalnego wyszkolenia.

PRZYGOTOWANIE DO OPERACJI

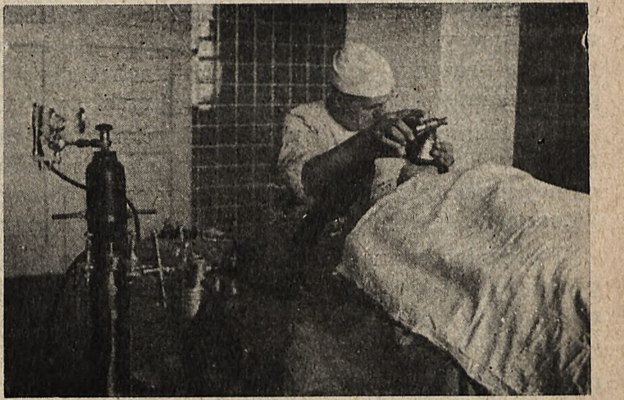
Dieta przed operacją nie powinna odbiegać od normalnej, pożądane jest przy tym, by dieta obfitowała w węglowodany, co osiągamy uzupełniając ją dodatkowymi porcjami cukru lub soków owocowych z glukozą. Takie postępowanie przyczynia się do zwiększenia zapasów glikogenu w tkankach i wątrobie i przeciwdziała kwasicy pooperacyjnej, co z kolei zmniejsza niebezpieczeństwo wstrząsu.

Środków przeczyszczających nie stosuje się obecnie w przygotowaniu przedoperacyjnym; działają one odwadniająco, osłabiają ustrój, naruszają spokój nocny i pobudzają niepotrzebnie perystaltykę jelit.



Przygotowanie do operacji.

W przeddzień zabiegu, wieczorem robimy chorej przeczyszczającą enemę i powtarzamy ją nazajutrz, nie później jednak niż 4—5 godzin przed operacją. Na dokładne oczyszczenie dolnych odcinków przewodu pokarmowego trzeba zwrócić uwagę przed każdą operacją ginekologiczną, bez względu na rodzaj zabiegu, a to z powodu sąsiedztwa pola operacyjnego z jelitem grubym. Enema wykonana jedynie w przeddzień zabiegu nie wystarcza do oczyszczenia jelita grubego, ponieważ masy kałowe z górnych odcinków jelit zsuną się w ciągu nocy do dolnych powiększając tym samym trudności operacyjne.



Narkoza.

W przypadkach, które wymagają III. i IV. stopnia czystości pochwy, wykonuje się przez kilka dni przed operacją przepłukiwania pochwy roztworem nadmanganianu potasu lub roztworem sublimatu 1 : 2000. Należy wówczas zwrócić uwagę, by zbiornika irygatora nie trzymać wyżej niż pół metra ponad poziomem chorej, oraz by nie wprowadzać kanki zbyt głęboko. Irygacje głębokie i pod wysokim ciśnieniem mogą spowodować przeniesienie drobnoustrojów do jamy macicy, a nawet poprzez jajowody do jamy brzusznej.

Bez względu na to, czy zabieg ma być wykonany przez powłoki brzuszne, czy przez pochwę trzeba dokładnie ogolić zarówno srom i krocze, jak też okolice wzgórka łonowego, zawsze bowiem podczas operacji dolnych, zajść może konieczność interwencji od góry i odwrotnie.

Po przygotowaniu pola operacyjnego pielęgniarka powinna pamiętać o dokładnym wykąpaniu chorej.

Na 5 minut przed zawiezieniem pacjentki na salę operacyjną należy przypomnieć o oddaniu moczu, lub opróżnić pęcherz moczowy cewnikiem. Jest to jedna z najważniejszych czynności, o której pielęgniarce przygotowującej chorą do zabiegu, nie wolno zapomnieć!

Niebezpieczeństwo związane z wykonywaniem operacji ginekologicznych przy wypełnionym pęcherzu moczowym nie polega li — tylko na bezwiednym oddaniu moczu w uśpieniu; uszkodzenie pęcherza i związane z tym ogromne powikłania, oto skutki pozornie błahego zapomnienia

Przed operacją metodą Wertheima, a więc przed zabiegiem usunięcia macicy z przydatkami i przymaciczami należy pochwę wyjodynować i wytamponować. Czynność tę spełnia lekarz. Pielęgniarka powinna pamiętać o przygotowaniu: wyjałowionych wzierników, dwóch korncangów, jednej pary nożyczek, długiego tamponu gazowego i jodyny.

Tak jak przed każdą narkozą, pielęgniarka przypomina o wyjęciu protez zębowych.

Przeniesienie pacjentki na salę operacyjną, zarówno jak i droga powrotna powinna odbywać się na łóżku pacjentki (na kółkach), ewentualnie na wózku.

Należy zwrócić uwagę na dokładne okrycie całego ciała, zwłaszcza stóp i ramion. Oziębienie zwęża naczynia krwionośne, prowadzi do zaburzeń w krążeniu krwi w kończynach i sprzyja powstawaniu zakrzepów pooperacyjnych.

Na Klinice Gdańskiej instruktorka, lub zaawansowana uczennica jest obecna na sali operacyjnej przez cały czas operacji, przy czym pomaga lekarzowi dającemu narkozę w jego czynnościach

Pielęgniarce ani na chwilę nie wolno opuścić pacjentki, aż do zupełnego odzyskania przytomności.

OBSERWACJA POOPERACYJNA

W pierwszej godzinie po operacji należy zwrócić szczególną uwagę na zaburzenia oddechowe, objawiające się krztuszeniem nieregularnym oddechem, sinicą, a wywołane przez zapadnięcie się języka, bądź zaleganie i gromadzenie się wydzieliny lub wymiocin w jamie ustnej i gardle. Zapobiegamy temu przez ułożenie głowy na boku, zluksowanie szczęki, oczyczczenie jamy ustnej z zalegającej wydzieliny najlepiej palcem owiniętym gazą lub przy pomocy cewnika. Język wyciągamy szczypcami lub gdy ich brak—palcami owiniętymi w gazę.

W Klinice Położnictwa i Chorób Kobiecych Akademii Lekarskiej w Gdańsku stosuje się specjalne karty obserwacji pooperacyjnych, wprowadzone przez doc. I. Roszkowskiego. Nadają się one doskonale do stosowania ich na odziałach szkolnych. Uczą bowiem przygotowującą się do pracy zawodowej pielęgniarkę właściwego sposobu obserwacji, a w wypadkach krwotoku, wstrząsu pooperacyjnego lub rozpoczynającego się zakażenia dają ich bardzo wyraźny obraz.

Oto wzór jednej z takich kart obserwacyjnych prowadzonych przez uczennice Szkoły Pielęgniarsko-Położniczej przy Akademii Lekarskiej w Gdańsku (str. 21).

Wystarczy tutaj rzucić jedno spojrzenie na kartę obserwacyjną, ażeby wyraźnie spostrzec wszystkie objawy wstrząsu. Równocześnie z przyśpieszeniem oddechu i tętna spada ciśnienie tętnicze krwi, oraz ciepłota ogólna ciała, jak również i ciepłota na obwodzie. Chora staje się niespokojna, zabarwienie skóry i śluzówek blednie.

W Klinice Gdańskiej stosuje się w tych wypadkach 40 cm 10% roztworu soli + 100 cm^3 20% glukozy dożylnie, podaje się także wlew podskórny z 1 litra soli fizjologicznej, podskórne wstrzykiwania efetoniny, dożylne — plazmy lub krwi oraz termofory z ciepłą wodą pod kark i stopy (należy pamiętać, że w czasie wstrząsu i zapaści możliwość poparzenia jest znacznie większa anizeli przy normalnym krążeniu).

Chorą układamy w takiej pozycji, by głowa znajdowała się niżej, niż nogi, i, aby tym samym zmniejszyć niedokrwienie mózgu.

Ułożenie pooperacyjne najkorzystniejsze jest na boku, z rękami złożonymi przed klatką piersiową, z nogą znajdującą się od dołu wyprostowaną, znajdującą się zaś od góry — zgiętą w kolanie. Plecy oraz brzuch podpieramy poduszkami, przez co umożliwiamy rozluźnienie mięśni. Pozycja ta, jeśli nie jest specjalnie przeciwwskazana, korzystna jest z tego względu, że pozostawia w każdym wypadku drogi oddechowe wolne, niezależnie od zawsze istniejącej możliwości zwiotczenia mięśni, nagromadzenia się wydzieliny lub wymiocin, które spływają w tym ułożenu z jamy gardłowej i ustnej ku dołowi i nazewnątrz, a nie do krtani i oskrzeli.

Po całkowitym odzyskaniu przytomności i przy dobrym stanie ogólnym, chorą możemy ułożyć w pozycji półsiedzącej: pod kolana podłożyć wałek, pod pośladki — kółko gumowe.

Jeszcze przed obudzeniem, wskazane jest wykonywać u pacjentki ruchy bierne kończyn, dla pobudzenia krwi do szybszego obiegu. Po dojściu zaś do zupełnej przytomności, pacjentka może śmiało poruszać kończynami, a nawet podciągać się na rękach, uchwyciwszy się górnej poręczy łóżka. Nie należy bynajmniej z tego powodu obawiać się zerwania szwów lub możliwości krwotoku. Oczywiście stosować to można tylko w tym wypadku, jeśli. pielęgniarka została poinformowana przez operatora, że hemostaza jest pewna. W przeciwnym razie chora winna leżeć zupełnie spokojnie i nawet w wypadku silnego wykrwawienia nie stosuje się tu przez pewien czas nawadniania podskórnego ani dożylnego.

DIETA POOPERACYJNA

Przez 8 — 10 godz. po operacji chora może jedynie zwilżać usta. W drugim dniu, jeśli odruchy wymiotne ustały, może pić łykami wodę przegotowaną, nie słodką w dowolnej już ilości. Płyny podawane po zabiegu powinny być ciepłe lub zimne, nigdy zaś letnie. Płyny letnie w znacznym stopniu pobudzają do wymiotów; podobnie działa podawanie płynów często i łyżeczkami. Lepiej już by chora pooperacyjna piła w większych odstępach czasu i dużymi łykami.

Na diecie wodnej chora pozostaje do chwili odejścia gazów (najczęściej do trzeciego dnia po operacji)

W ciągu następnych dwu dni chora może jeść sucharki z masłem, przetarte jarzyny, pić słod-

Karta obserwacji pooperacyjnej



Nazwisko i imię	Wiek	Rozpoznanie	Rodzaj operacji	Data	Godz. pocz.	Godz. kon.	Znieczulenie

Zlecenia operatora – (czy pewna haemostaza ?) –

Godzina											
Układ nerwowy (sen, zachowanie się, wymioty)											
Zabarwienie skóry i śluzówek											
Oddech 28 26 24 22 20 18 / Tętno 160 140 120 100 80 60											
Ciśnienie tętnicze krwi po operacji przed operacją:											
Ciepłota ogólna ciała											
Ciepłota obwodu											
Krwawienie z dróg rodnych: obfite											
Krwawienie z dróg rodnych: mierne											
Krwawienie z dróg rodnych: skąpe											
Stan ogólny pacjentki											
Zlecenia lek. dyż.											
Uwagi i zab. pielęgniarsk.											
Podpis instruktorki											

ką kawę, herbatę, kompot, rosół, kleik. Na 5 — 6 dzień wolno już podać środek przeczyszczający i przejść na dietę lekkostrawną. W tydzień — 8 dni po zabiegu, o ile przebieg pooperacyjny jest normalny, diety więcej nie ograniczamy.



Pielęgnacja pooperacyjna.

Jeżeli podczas operacji jelita nie zostały uszkodzone, a chora ma trudności w oddawaniu gazów i odczuwa ze tego powodu silne bóle, w Klinice Gdańskiej stosuje się dożylne wstrzykiwania 40 cm^3 hipertonicznego roztworu soli kuchennej, oraz 1 cm^3 peristaltiny, albo wlewki doodbytnicze z 300 cm^3 10% roztworu soli.

Na trzeci dzień po operacji, jeśli gazy nie odchodzą podaje się także ciepłe termofory na okolicę żołądka.

Pielęgniarka musi dopilnować, aby chora nie trzymała przypadkiem termoforu na podbrzuszu i nie powodowała tym samym silniejszego krwawienia.

Specjalnego omówienia wymagają: gospodarka wodna ustroju po zabiegu operacyjnym oraz możliwość spraw zakrzepowych.

GOSPODARKA WODNA

Na oddziałach ginekologicznych musimy liczyć się nie tylko z możliwością porażenia mięśniówki pęcherza po narkozie eterowej, lecz również z zatrzymaniem moczu, spowodowanym silnym obrzękiem krocza (zwłaszcza po operacjach plastycznych i po przemieszczeniu macicy pęcherzowo pochwowym) oraz z uszkodzeniem pęcherza i moczowodów (specjalnie do operacji **Wertheima).**

Już w 12 godz. od chwili zabiegu, jeżeli chora nie może oddać moczu samodzielnie, należy mocz odprowadzić cewnikiem.

Oczywiście przed cewnikowaniem będziemy próbować, czy nie uda się zmusić chorej do oddania moczu przez zastosowanie zabiegów pielęgniarskich, jak polewanie sromu, podanie basenu z ciepłą wodą z dodatkiem kilku kropel amoniaku.

Ze względu na bliskość miejsca operowanego, nie należy podawać termoforów z ciepłą wodą na okolicę pęcherza. Mocz odprowadzony należy dokładnie obejrzeć, czy nie zawiera domieszki krwi, co wskazywałoby na uszkodzenie dróg moczowych.

Przez okres trzech dni po operacji, wskazana jest kontrola ilości przyjętych i wydalonych płynów, ze względu na możliwe zaburzenia w czynności nerek.

Na obrzęknięte krocze, kładziemy gaziki przepojone roztworem płynu **Burowa** lub riwanolu, a nawet wówczas, gdy nie stwierdza się obrzęku przysypujemy miejsce szwu zasypką sulfonamidową, gdyż bliskość odbytnicy i nagromadzonych w niej drobnoustrojów, stwarza zawsze niebezpieczeństwo zakażenia rany pooperacyjnej.

Po operacji Wertheima, zakłada się cewniki **Skene'go** na okres 7 — 8 dni.

Operacja ta, rozległa i wymagająca wypreparowania moczowodów, daje wyjątkowo duże możliwości uszkodzenia dróg moczowych.

Po wyjęciu cewnika chora powinna przez 2 — 3 dni oddawać mocz przynajmniej co dwie godziny, aby pęcherz nie ulegał nadmiernemu wypełnieniu. Ponieważ nie zawsze można mieć do dyspozycji cewniki **Skene'go,** istnieje konieczność zakładania na stałe cewników zwykłych. Cewniki takie trzeba dobrze umocować. Przylepiec, którym owiązujemy cewnik przymocowując dwa wolne końce do skóry ud, powinien być dostatecznie długi, aby nie przylepiać go w pachwinie. Skóra jest bowiem w tym miejscu specjalnie wrażliwa i łatwo powstają odleżyny.

Cewniki zakładane na stałe powinno się przynajmniej co drugi dzień zmieniać, gdyż osad moczu zatyka cewnik zmniejszając jego drożność (podawanie sulfonamidów zwiększa możliwości uniedrożnienia cewnika, wskutek wykrystalizowania się leku.)

Zatkanie cewnika może być spowodowane także przez dostanie się do jego światła skrzepu krwi.

Wyjątkowo dużo trudności sprawiają przetoki pęcherzowo - pochwowe. Pomimo założonego cewnika mocz wypływa niejednokrotnie przez przetokę, nawet w przypadkach już operowanych, gdyż jak wiadomo, operacje te, nie zawsze dają pożądany wynik.

Ułożenie chorej na wałkach zabezpiecza wprawdzie przed leżeniem stale na mokrym podkładzie, jednakże ani cewnik ani pozycja na wałkach nie zabezpiecza przed maceracją naskórka tuż w pobliżu miejsca wyciekania moczu. Częste zmywanie wodą z mydłem i natłuszczanie miejsc zagrożonych maceracją, jest w tym wypadku rzeczą konieczną.

ZAKRZEPY ŻYLNE

Przyspieszenie tętna niewspółmiernie do ciepłoty i bolesność kończyn wzdłuż przebiegu naczyń, oraz zwiększenie napięcia mięśniowego powinno natychmiast zwrócić uwagę pielęgniarki.

Nie wolno nigdy w razie bolesności kończyny, w okresie pooperacyjnym, rozcierać jej ani kłaść

gorących termoforów, gdyż można spowodować oderwanie się skrzepliny, która drogą krwionośną może się dostać do centralnego układu nerwowego lub do płuc.

Bolesną kończynę należy unieruchomić i jak najprędzej zawiadomić lekarza.

Leczenie zakrzepów blokadami nie odbiega w szczegółach od postępowania po operacjach, na oddziałach chirurgicznych.

W przypadkach leczonych środkami zmniejszającymi krzepliwość krwi (heparyna, dikumarol) należy bacznie zwracać uwage na możliwość krwotoków.

Dalsza opieka nad chorą pooperacyjną, aż do chwili zdjęcia klamerek przedstawia się tak, jak każda opieka nad ciężko chorym, a więc polega na dbaniu o czystość, zapobieganiu odleżynom przez podkładanie kółek gumowych, na utrzymywaniu stale czystego, suchego i mocno naciągniętego podkładu, nacieraniu pleców i pośladków itd.

Po usunięciu macicy nadpochwowym, po operacji **Freunda** (wycięcie macicy z przydatkami), lub operacji **Wertheima,** już w kilka dni po zabiegu, dają się zauważyć objawy wypadania czynności jajnika. Chora skarży się na uderzenia krwi do głowy, na mroczki przed oczyma, silne poty, zdenerwowanie. Dla złagodzenia tego stanu podaje się doustnie lub domięśniowo preparaty follikulinowe **(stilbestrol, progynon).**

W tym czasie pielęgniarka musi pamiętać, że chora będzie przez pewien czas bardzo przykra, drażliwa, pomimo, że przed operacją mogła być osobą wyjątkowo miłą i uprzejmą.

To rozdrażnienie jest dla chorej, nawet zdającej sobie sprawę z przyczyn tego stanu, bardzo trudne do opanowania i pielęgniarka powinna tu okazać wyjątkowo dużo cierpliwości i zrozumienia.

W każdym zresztą przypadku, od pielęgniarki pracującej na oddziale ginekologicznym, wymaga się specjalnej wyrozumiałości, gdyż choroby kobiece znacznie więcej od innych wpływają na ogólny stan nerwowy pacjentek i szczególnie wyczerpują psychicznie.

Tarzyńska Janina



Gmach Kliniki Położniczej w Gdańsku.

Dr TADEUSZ ROŻNIATOWSKI

CHIRURGIA SERCA

NIEDAWNE to czasy, gdy powszechnie utrzymywało się mniemanie, że wszelka interwencja operacyjna w schorzeniach serca przekracza możliwości chirurga. Mówiło się, że to niedorzeczność.

Wspaniały rozwój chirurgii, począwszy od końca XIX stulecia, zadziwiając świat rewelacjami udanych operacji, przełamał zakorzeniony sceptycyzm i otworzył perspektywy skutecznej interwencji w tych narządach, które nóż chirurga przezornie omijał. Bo też topografia serca, mechanizm jego czynności i skomplikowane „dojście" — to momenty ryzykowne, utrudniające powzięcie decyzji i hamujące odwagę chirurgów nawet bardzo doświadczonych.

Aby odsłonić serce w żywym ustroju, trzeba wyciąć kilka żeber, lub przeciąć poprzecznie klatkę piersiową, rozwierając następnie specjalnymi przyrządami przestrzenie międzyżebrowe — rzecz bardzo uciążliwa. Serce jest w nieustannym ruchu, kurczy się i rozszerza kilkadziesiąt razy na minutę, jakżeż więc wykonać zabieg, wymagający szybkości i precyzji? Nie dość na tym. Często, by odsłonić właściwe pole operacyjne, trzeba otworzyć również opłucną: do jamy opłucnej dostaje się powietrze, które uciska płuco, powodując tzw. odmę (normalnie ciśnienie w jamie opłucnej jest ujemne). Wywołuje to u chorego objawy bardzo przykre, niekiedy groźne dla życia.

NAKŁUCIE WORKA OSIERDZIOWEGO

Zabiegi początkowo wykonywane, to **nakłucia lub nacięcia worka osierdziowego.** Nakłucie osierdzia stosowano i stosuje się jeszcze w przypadkach wysiękowego zapalenia osierdzia, gdy nagromadzony w worku osierdziowym płyn uciska serce, grożąc całkowitym jego zatrzymaniem. Przy pomocy długiej, grubej igły, nasadzonej na strzykawkę, nakłuwa się osierdzie, aby wypuścić płyn i uwolnić serce od stale wzrastającego ucisku. Ten, prosty stosunkowo, zabieg często bezpośrednio ratuje życie chorego.

Nakłucie osierdzia ma znaczenie nie tylko l e c z n i c z e, lecz także r o z p o z n a w c z e: wyciągnięty z worka osierdziowego płyn bada się w laboratorium pod względem fizycznym, chemicznym i bakteriologicznym, co pozwala wysnuć właściwe wnioski o patogenezie i o sposobie leczenia.

OTWARCIE WORKA OSIERDZIOWEGO

Zdarza się, że w worku osierdziowym znajduje się ropa, czasami tak gęsta, że z trudem przechodzi przez najgrubszą nawet igłę. W takich wypadkach, aby ratować życie chorego, chirurdzy uciekają się do **szerokiego otwarcia worka osierdziowego** — tzw. p e r i c a r d o t o m i i. Jest to duży zabieg chirurgiczny, polegający na nacięciu skóry i tkanki podskórnej na przedniej ścianie klatki piersiowej, najczęściej tuż przy mostku, na usunięciu 1 lub 2 chrząstek żebrowych i na otwarciu, leżącego tuż, worka osierdziowego. Dla lepszego odpływu ropy zakłada się do worka osierdziowego gumowy dren.

Chirurgiczne otwarcie worka osierdziowego stosuje się nie tylko w procesach ropnych, lecz także w tych wypadkach, gdy na skutek zranienia okolic serca, osierdzia, a nawet samego serca, doszło do znacznych krwotoków osierdziowych i nagromadzenia się krwi w worku osierdziowym. Gromadząca się w nadmiarze krew może w każdej chwili spowodować mechaniczne zatrzymanie czynności serca, toteż szybko wykonana pericardotomia jest w tych wypadkach jedynym zabiegiem, mogącym uratować chorego.

„UWOLNIENIE" SERCA

Opisane wyżej zabiegi, wykonywane często i z dobrymi wynikami, ośmieliły niejako chirurgów, którzy „p r z e s t a l i b a ć s i ę s e r c a" i zaczęli opracowywać nowe metody operacyjne: jedną z nich jest tzw. k a r d i o l i z a, tj. **uwolnienie przedniej powierzchni serca od zrostów ze ścianą klatki piersiowej.** Zrosty takie powstają często w przebiegu procesów zapalnych osierdzia i śródpiersia, powodując formalne przylutowanie serca do ściany klatki piersiowej. Utrudnia to oczywiście w olbrzymim stopniu pracę serca i, jeśli chory nie zostanie zawczasu operowany, grozi mu śmierć z powodu całkowitego wyczerpania mięśnia sercowego. Zabieg polega na wycięciu przymostkowych części kilku żeber na przedniej ścianie klatki piersiowej w okolicy serca oraz na usunięciu okostnej: serce, przyrośnięte dotąd do sztywnej i nierozciągliwej tkanki kostnej, odzyskuje na nowo możność swobodnego kurczenia się i rozkurczania.

Podobnym zabiegiem jest tzw. **„oblupienie serca".** Po przebytym zapaleniu osierdzia powstają nieraz rozległe zrosty osierdzia z nasierdziem — zarośnięcie worka osierdziowego. Serce pokryte grubym pancerzem tkanki bliznowatej, pozbawionej zupełnie elastyczności, wykonuje pracę ponad siły, szybko słabnie i wyczerpuje się całkowicie. I w tym przypadku, w porę wykonany zabieg operacyjny może jeszcze uratować chorego: po wycięciu żeber, podobnie jak w poprzedniej operacji, chirurg „obiera" serce z tkanki bliznowatej — jak pomarańczę — i stwarza w ten sposób normalne warunki pracy dla mięśnia sercowego.

ZRANIENIA SERCA

Zranienia serca najczęściej kończą się śmiercią. Na bogatym materiale wojennym przekonano się jednak, że w wielu wypadkach, **gdy pocisk czy odłamek nie przebija całkowicie ściany serca, szybko wykonana operacja może uratować rannego.** Zabieg — w takich wypadkach — polega na odsłonięciu serca przez specjalne cięcie na przedniej powierzchni klatki piersiowej i na zeszyciu rany. Dobrze nałożony szew tamuje krwawienie i nie dopuszcza do

pęknięcia mięśnia sercowego w miejscu zranienia, co łatwo może nastąpić, biorąc pod uwagę wysokie parcie, panujące w komorach serca.

Operacji takich wykonano bardzo wiele w czasie pierwszej i drugiej wojny światowej, z wynikiem — w większości — pomyślnym.

Mało tego, chirurdzy posunęli się dalej i świadomie nacinali mięsień sercowy, by usunąć tkwiące w nim odłamki, po czym błyskawicznie zaszywali ranę.

Do wielkich rzadkości należy **wydobywanie ciał obcych**, najczęściej pocisków lub odłamków, które dostały się do jam serca, tzn. do komór albo przedsionków. Interwencja w takim przypadku, to rzecz niesłychanie trudna, wymagająca od chirurga doskonałości techniki operacyjnej. Cały zresztą zespół operujący musi być zgrany do perfekcji, gdyż od jednej sekundy, straconej w decydującej chwili, zależy los operowanego. W tej właśnie decydującej chwili należy przerwać dopływ krwi do serca przez uciśnięcie głównych żył, naciąć w odpowiednim miejscu ścianę serca, wyjąć ciało obce, zawiązać poprzednio nałożone szwy i zwolnić ucisk na żyły. Zasadnicza ta część zabiegu trwa dosłownie kilka sekund i dłużej trwać nie może, gdyż w przeciwnym razie chory umrze.

MASAŻ SERCA

Do niezwykle dramatycznych zabiegów należy tzw. **masaż serca:** zabieg wykonywany dosłownie w obliczu śmierci, najczęściej u chorych operowanych, gdy na skutek przedawkowania środka nasennego lub nadmiernej wrażliwości na środek znieczulający nastąpiło nagłe zatrzymanie czynności serca. Wobec wręcz beznadziejnej sytuacji, chirurg w obliczu pewnej śmierci pacjenta, ucieka się do zabiegu ostatecznego: otwiera klatkę piersiową lub jamę brzuszną, chwyta serce w rękę i rytmicznym uciskaniem naśladuje normalną czynność serca (w przypadku otwarcia jamy brzusznej — poprzez zwiotczałą przeponę). Na 76 przypadków, PIERI, stosując tę metodę, uzyskał 20 wyników pomyślnych. Nie jest to może wiele, lecz biorąc pod uwagę całkowitą beznadziejność przypadku, trzeba podziwiać genialność metody.

NAJNOWSZE OSIĄGNIĘCIA

Chirurgiczne leczenie wad serca, najczęstszych schorzeń „motoru krążenia krwi“, nie wyszło dotąd poza okres prób i doświadczeń, jakich już bardzo wiele wykonano na zwierzętach. Osiągnięte wyniki zachęcają do dalszych prac w tym kierunku. Kilka zabiegów wykonano i na ludziach; chodziło tu głównie o wady zastawkowe, tzw. z w ę ż e n i a. Chirurgom udało się przeciąć zrośnięte płatki zastawek i rozszerzyć „na tępo“ zwężone ujścia tętnicze. Większość operacji zakończyła się niepomyślnie, jednak sukcesy osiągnięte w kilku wypadkach pozwalają jasno patrzeć w przyszłość — przypuszczalnie daleką — tego działu chirurgii.

Daleko lepsze wyniki dają operacje na wielkich naczyniach. Znana jest powszechnie w świecie lekarskim operacja TRENDELENBURGA — chirurgiczne usunięcie zatoru z tętnicy płucnej. Ta niezwykle ciężka operacja często daje dobre wyniki, ratując życie chorego, toteż, w porównaniu z innymi zabiegami na sercu i wielkich naczyniach, liczba wykonanych zabiegów tego rodzaju jest stosunkowo duża.

Ostatnie zdobycze chirurgii serca, to zabiegi operacyjne przy wrodzonych wadach serca, m. in. **przy zwężeniu tętnicy płucnej.** Wskutek znacznego zwężenia tej dużej tętnicy zbyt mała ilość krwi dostaje się do płuc, reszta zaś zalega w krążeniu wielkim. Krew, niedostatecznie utleniona, ma zabarwienie ciemne wskutek czego skóra chorego przybiera kolor wyraźnie siny — „c h o r o b a n i e b i e s k a“. Jak już wspomniałem, operacyjne rozszerzenie zwężonej tętnicy płucnej jest bardzo trudne i niebezpieczne, opracowano więc ostatnio inną metodę, która polega na utworzeniu p o ł ą c z e n i a m i ę d z y t ę t n i c ą p ł u c n ą p o w y ż e j m i e j s c a z w ę ż e n i a a j e d n ą z w i e l k i c h t ę t n i c k r ą ż e n i a d u ż e g o. W ten sposób krew z komory lewej serca dostaje się nie tylko do krążenia wielkiego, lecz także do płuc, gdzie ulega utlenieniu; stan chorego wybitnie się poprawia, zabarwienie skóry staje się normalne.

Dziś już nie ulega wątpliwości, że z biegiem czasu, w miarę postępu nauki i doskonalenia się chirurgów — dziedzina chirurgii serca znacznie się rozszerzy i to, co teraz wydaje się niemożliwe lub ryzykowne do wykonania, za — powiedzmy — 20 lat będzie prostym, codziennym zabiegiem.

Tadeusz Rożniatowski

Dr med. CZESŁAW SADLIŃSKI

WSTRZĄS POURAZOWY

Urazy wywołują nie tylko miejscowe, ale i ogólne zmiany w organizmie. Zmiany miejscowe mogą mieć rozmaity charakter, zaś zmiany ogólne mogą być ledwo zaznaczone, lub też przebiegać bardzo burzliwie pod postacią tzw. szoku, czyli wstrząsu pourazowego, zwanego też traumatycznym.

Wstrząsem (szokiem) pourazowym nazywamy nagle występujący stan zahamowania wszystkich życiowo ważnych procesów organizmu ludzkiego, wywołany przez uraz zewnętrzny. Stan ten nieraz tak dalece zaburza równowagę życiową organizmu, że w krótkim czasie dochodzi do zejścia śmiertelnego. Zatem, aby wystąpił szok musi zaistnieć uraz zewnętrzny i to odpowiednio silny, ażeby próg wytrzymałości ustroju na urazy zewnętrzne został przekroczony. Zachodzą wtedy w organizmie poważne, nieraz nieodwracalne zmiany, dotyczące najważniejszych narządów.

PRZYCZYNY WSTRZĄSÓW

Przyczyny, które wywołują szok można ogólnie podzielić na psychiczne, mechaniczne, termiczne i toksyczne. Urazy psychiczne, jak na przykład nagły przestrach przy wybuchu bomby, mogą być przyczyną nawet śmiertelnego wstrząsu. Podobnie działają urazy mechaniczne, jak rany drążące klatki piersiowej i jamy brzusznej, dalej rozległe rany tłuczone, tępe urazy brzucha, zgniecenie klatki piersiowej i uszkodzenie zewnętrznych narządów płciowych. Również urazy termiczne, rozległe oparzenia, mogą wywołać wstrząs.

Należy podkreślić, że nie zawsze ciężkość wstrząsu jest proporcjonalna do ciężkości obrażenia. U pewnych ludzi nieduże nawet obrażenia wywołują ciężkie wstrząsy. Momentami usposabiającymi do wystąpienia szoku są: przemęczenie, głód, długa bezsenność, przemarznięcie, strach, ogólny spadek sił po przebytych chorobach. Nic więc dziwnego, że wstrząs tak często towarzyszy zranieniom i ciężkim urazom okresu wojennego, gdzie przy najlepszej organizacji i opiece nad rannym istnieje zawsze wiele okoliczności sprzyjających występowaniu wstrząsu.

Podczas ostatniej wojny zagadnienie szoku stanowiło jedną z głównych trosk chirurgów wojskowych. W rezultacie opracowano dokładne sposoby leczenia rannych będących w stanie wstrząsu i wydano odpowiednie przepisy.

W powstawaniu wstrząsu ma znaczenie nie tylko dynamika urazu, ale i okolica ciała, na którą uraz działa, oraz stan całego organizmu. Wychodząc z tego punktu widzenia możemy podzielić wstrząs na trzy następujące grupy:

1. wstrząs spowodowany ciężkim uszkodzeniem niezależnie od okolicy ciała,
2. wstrząs spowodowany uszkodzeniem specjalnie wrażliwych okolic ciała, jak np. jamy brzusznej, klatki piersiowej, zewnętrznych narządów płciowych, (są to tzw. okolice szokogenne),
3. wstrząs spowodowany nadmierną wrażliwością całego organizmu. Przyczyną tej nadwrażliwości mogą być zaburzenia w przemianie materii, zaburzenia psychiczne i inne.

WSTRZĄS PIERWOTNY I WTÓRNY

Rozróżniamy wstrząs **pierwotny** i **wtórny,** w zależności od czasu upływającego między urazem a wystąpieniem pierwszych objawów wstrząsu.

Wstrząs pierwotny występuje natychmiast po zadziałaniu urazu i jest jego **bezpośrednim następstwem.** Wstrząs wtórny rozwija się w ciągu najbliższego czasu po zadziałaniu urazu głównego i jest **następstwem urazów dodatkowych,** często działających wielokrotnie. Dla przykładu, drążący postrzał klatki piersiowej, naruszający w wysokim stopniu mechanizm oddychania jest bardzo często przyczyną wstrząsu pierwotnego, przyczyną wtórnego zaś może być nieodpowiednio transportowany postrzał kończyny z uszkodzeniem kości. Źle unieruchomione części uszkodzonej kości, ocierając o sie-

bie podczas transportu, wywołują dodatkowe, wielokrotne urazy i ostatecznie wtórny wstrząs.

DWIE TEORIE

Istota wstrząsu pourazowego jest nieznana. Istnieją różne teorie tłumaczące w ten czy inny sposób jego powstanie. Najwięcej zwolenników ma **teoria nerwowa** i **teoria toksyczna.**

Teoria nerwowa dopatruje się w czynniku nerwowym głównej przyczyny wstrząsu. Według tej teorii, nagłe zaburzenia w systemie nerwowym, centralnym i obwodowym, względnie roślinnym, mają wywoływać wstrząs. Dowodem tego są ciężkie wstrząsy w następstwie przestrachu, dalej, spowodowane uszkodzeniem grubych pni nerwowych i to zarówno podczas działania urazu przypadkowego, jak i urazu spowodowanego zabiegiem operacyjnym.

Teoria toksyczna dopatruje się głównej przyczyny wstrząsu w substancjach trujących, które powstają z rozpadu zmiażdżonych tkanek. Substancje te wywierają duży wpływ na naczynia krwionośne. Eksperymenty na zwierzętach zdają się potwierdzać te przypuszczenia. Zmiażdżenie kończyny eksperymentowanego zwierzęcia po podwiązaniu głównych pni naczyniowych nie wywołuje wstrząsu. Zwolnienie podwiązek, a tym samym rozprzestrzenienie się jadów w organizmie, powoduje wystąpienie wstrząsu w krótkim czasie. Działanie jadów na śródbłonki naczyń krwionośnych powoduje ich uszkodzenie, zwiększenie przepuszczalności dla osocza, zagęszczenie krwi, zmniejszenie ilości krążącej krwi, zwiększenie lepkości krwi, zmniejszenie dopływu tlenu do tkanek, a przede wszystkim do centrów nerwowych itd. W rezultacie występują poważne, nieraz nieodwracalne zmiany w ustroju.

OBJAWY KLINICZNE

Objawy kliniczne wstrząsu są w zasadzie bardzo charakterystyczne, tak że dla lekarzy i wyszkolonego personelu pomocniczego rozpoznanie nie sprawia większych trudności. Osobnicy dostarczeni w stanie wstrząsu są bladzi, zimny pot pokrywa ich ciało, twarz ich jest zapadnięta, oczy błyszczące, źrenice szerokie, bardzo słabo reagują na światło, stąd nieruchome, tępe spojrzenie. Tętno jest przyspieszone, nitkowate, ciepłota ciała stopniowo obniża się. Oddech jest powierzchowny, nieregularny a w okresach końcowych może przybierać charakter oddechu Cheyne—Stokesa. Chorzy domagają się wody, przytomność ich jest zachowana do końca, co stanowi bardzo charakterystyczny moment odróżniający wstrząs od klinicznie podobnych stanów. Ciśnienie krwi stopniowo opada. Czkawka oraz spadek ciepłoty ciała poniżej 35 stopni Celsiusa świadczą o bardzo złym stanie chorego, przy czym stan ten upodabnia się do ciężkich postaci wstrząsu mózgu lub zapaści (kollapsu). W dwu ostatnich występuje jednak utrata świadomości, czego nie stwierdza się we wstrząsie. Chorzy we wstrząsie zachowują się zwykle apatycznie, czasem jednak są wybitnie podnieceni, głośno krzyczą i powtarzają bez przerwy te same słowa.

TRZY STOPNIE WSTRZĄSU

Rozróżnić można trzy stopnie wstrząsu:

1. Stopień pierwszy, to wstrząs wyrównany. Chory jest blady, osłabiony, jednak jego stan ogólny jest zupełnie dobry, tętno 90—100/minutę, a ciśnienie skurczowe przekracza 100 mm Hg.

2. Drugi stopień, to wstrząs częściowo wyrównany. Chory jest blady, niespokojny, pokryty zimnym potem, domaga się wody, często wymiotuje. Tętno wynosi 120—140/min., ciśnienie skurczowe 70—80 mm Hg.

3. Stopień trzeci, to wstrząs niewyrównany. Chory znajduje się w ciężkim stanie ogólnym, jest blady, pokryty zimnym potem, wymiotuje i ma zarazem duże pragnienie. Tętno wynosi 120—160/min., ciśnienie skurczowe poniżej 65 mm Hg. Pod koniec tętno spada poniżej 100/m.

Rokowanie u chorych i rannych, którzy znajdują się w stanie wstrząsu, powinno być bardzo ostrożne. Jelański opiera je na zachowaniu się ciśnienia krwi. Ciśnienie 80 mm Hg jest poziomem krytycznym, powyżej którego procesy utleniania odbywają się jeszcze normalnie, a poniżej procesy życiowe stopniowo zamierają. Przy spadku ciśnienia skurczowego poniżej 60 mm Hg w razie braku pomocy lekarskiej rokowanie jest niepomyślne, przy spadku zaś poniżej 50 mm Hg mimo pomocy lekarskiej, rokowanie jest z reguły niepomyślne.

LECZENIE

Leczenie wstrząsu zwłaszcza u rannych podczas wojny musi być dobrze i celowo zorganizowane, ażeby straty były jak najmniejsze.

Leczenie wstrząsu powinno rozpoczynać się już w miejscu nieszczęśliwego wypadku, tam gdzie zostaje udzielona pierwsza sanitarna pomoc rannemu czy też kontuzjowanemu. Skuteczna walka z wstrząsem musi się opierać na wyszkoleniu nie tylko lekarzy, ale i personelu pomocniczego. Chorzy czy ranni będący w stanie wstrząsu, w warunkach pokojowych bardzo często, a w czasie wojny z zasady, opatrywani są najpierw przez pomocniczy personel sanitarny, a dopiero później przez lekarzy.

Należy podkreślić z całym naciskiem, że osobnicy będący w stanie wstrząsu wymagają bardzo subtelnej pielęgnacji. Rana powinna być jak najdelikatniej opatrzona. Krwotok z rany należy opanować opatrunkiem uciskowym, a jeśli ten zawodzi nałożyć opaskę uciskową; w dokumencie, z którym ranny odjeżdża, należy podać dokładny czas jej nałożenia. Złamane kości należy bardzo dokładnie unieruchomić. Transport do szpitala musi odbyć się najbardziej dogodnymi środkami lokomocji i drogami, aby ograniczyć do minimum dodatkowe wstrząsy i urazy.

Chorych, którzy znajdują się w stanie wstrząsu umieszczamy w szpitalu, najlepiej w oddzielnych separatkach. Łóżko przeznaczone dla chorego ogrzewamy termoforami. Temperatura w pokoju powinna wahać się w granicach 19—21 stopni C. Chorych układamy w taki sposób, by głowa znajdowała się niżej aniżeli nogi; chroni to przed anemizacją mózgu. Podajemy chorym morfinę (0,02), jeżeli nie ma przeciwwskazań — gorące płyny lub 100 g 40% wódki do wewnątrz, środki nasercowe, lobelinę i strychninę. W razie sinicy i duszności dajemy tlen do oddychania, wreszcie przetaczamy plazmę lub krew konserwowaną. Posiadamy różne tzw. przeciwszokowe płyny, które możemy podawać do wewnątrz i pozajelitowe. **Krew konserwowana i plazma krwi, to najskuteczniejsze środki w zwalczaniu wstrząsu.** Obserwowaliśmy to wielokrotnie podczas ostatniej wojny.

Walka z wstrząsem może trwać nieraz kilka nawet kilkanaście godzin; wymaga ona wielkiej cierpliwości i pilnej uwagi. W razie zaniedbania, stan pacjenta może pogorszyć się ponownie, a wtedy szanse na uratowanie znacznie maleją.

Podczas leczenia wstrząsu należy unikać wszelkich momentów, które by pogłębiały szok, jak oziębienie, dodatkowe urazy, operacje, krwawienia, narkoza itp.

W WARUNKACH POLOWYCH...

W warunkach polowych leczenie wstrząsu rozpoczyna się z reguły już na pierwszym etapie ewakuacji sanitarnej. W batalionowym punkcie opatrunkowym personel sanitarny podaje tym rannym ciepłe napoje, wódkę i w miarę możliwości stara się ich ogrzać. W pułkowym punkcie pomocy lekarskiej walka z szokiem jest bardzo energiczna. Tu podaje się rannym morfinę, środki nasercowe, przeciwszokowe płyny Popowa doustnie, miejsce złamania ostrzykuje się roztworem nowokainy, unieruchamia się złamania i wreszcie — w dogodnych warunkach — przetacza się krew.

W samodzielnych batalionach sanitarnych, względnie w szpitalach polowych zwalcza się wstrząs definitywnie. Z tych etapów nie wolno dalej ewakuować rannych w stanie wstrząsu tak długo, aż szok zupełnie ustąpi.

W samodzielnych batalionach sanitarnych i w szpitalach polowych znajdowały się specjalne pomieszczenia, względnie namioty, w których umieszczano tylko rannych, będących w stanie wstrząsu. Pomieszczenia te z zasady znajdowały się blisko sal operacyjnych; były one wyposażone we wszystkie środki przeciwszokowe. Opiekę nad tymi rannymi sprawowały specjalnie w tym kierunku wyszkolone pielęgniarki. Po opanowaniu wstrząsu, co trwało nieraz kilka, czasem nawet kilkanaście godzin przenoszono rannych do sal opatrunkowych lub operacyjnych i dopiero wtedy wykonywano potrzebne zabiegi operacyjne.

Rannych czy kontuzjowanych, którzy znajdują się w stanie wstrząsu możemy operować tylko w tych razach, kiedy istnieją ku temu bezwzględne wskazania życiowe. Operacja musi być wykonana szybko, a przetaczanie krwi powinno ją zapoczątkować i zakończyć.

Czesław Sadliński

ŻOFIA ŻOŁĘDZIOWSKA
Przew. Sekcji Piel. Oddz. W-skiego
ZZPSZ

Rola pielęgniarki w przemyśle[8)]

ŻYWIENIE I DOŻYWIANIE

W każdym niemal z poprzednich wykładów zaznaczałam, że człowiek pracujący powinien mieć takie warunki pracy, aby bez uszczerbku dla zdrowia mógł z siebie dać maximum wydajności. Jednym z zasadniczych warunków, przyczyniających się do wzrostu wydajności pracy jest racjonalne żywienie pracowników.

Ciężki okres okupacji wobec stosowania przez władze hitlerowskie celowego niedożywiania naszego społeczeństwa, aby obniżyć sprawność życiową i wyniszczyć nas biologicznie, stanowi smutny dowód jak bardzo podstawową sprawą dla życia jest racjonalne żywienie. Wiemy, że organizm niedożywiony jest mało odporny na choroby zawodowe i zakaźne, a zwłaszcza na gruźlicę. Człowiek niedożywiony częściej ulega wypadkom przy pracy. Niedożywiony osobnik młodociany nie rozwija się prawidłowo ani pod względem fizycznym ani też psychicznym. Na kobiecie ciężarnej i karmiącej niedostatek odżywiania odbija się bardzo jaskrawo. Nie trzeba też chyba wspominać, jak wielkie znaczenie posiada dobre odżywianie ludzi przy pracy ciężkiej i szkodliwej dla zdrowia.

Dożywianie w zakładach pracy dzieli się na: a) obiady w stołówce i b) dożywianie ochronne.

DOŻYWIANIE W STOŁÓWKACH sprowadza się do wydawania zdrowych obiadów wszystkim pracownikom w czasie przerwy obiadowej.

Odpoczynek w przerwie obiadowej i obiad o odpowiedniej wartości kalorycznej dają człowiekowi nowy zapas energii i pozwalają wydajnie pracować przez następne 5 godzin. Człowiek syty i wypoczęty rzadko ulega wypadkom przy pracy, bowiem obiad i przerwa obiadowa przezwyciężają najgorszego wroga w pracy — znużenie.

DOŻYWIANIE OCHRONNE, przeważnie w postaci mleka i pokarmów obfitujących w witaminy B i C, dotyczy ludzi, zatrudnionych przy pracach szkodliwych dla zdrowia; ma ono zapobiec niedostrzegalnym początkowo a nawarstwiającym się zatruciom, tym samym zaś ustrzec organizm przed stopniowym wyniszczeniem i chorobami zawodowymi.

Dożywianie kobiet ciężarnych i karmiących polega na podawaniu drugiego śniadania w postaci pół litra mleka oraz bułki z masłem, względnie zupy mlecznej. Dożywianie takie uzależnione jest od warunków i możliwości lokalnych danego zakładu pracy.

***

DOKOŃCZENIE.

W poprzednich artykułach podkreślałam, że pielęgniarka przemysłowa spełnia potrójną rolę: pedagoga, wychowawcy i propagatora zagadnień związanych z ochroną zdrowia robotnika nie tylko w zakładzie pracy, ale i poza nim, w środowisku domowym. Jak zaznaczyłam również, tylko przez stały kontakt poznać można psychikę człowieka pracy i zrozumieć jego realne potrzeby. Poznawszy te potrzeby, pieleniarka przemysłowa będzie mogła zaplanować sobie pracę i w oparciu o czynniki społeczne, jakimi są Rada Zakładowa, Koła Polityczne, Liga Kobiet i Z.M.P. — realizować swoje zamierzenia i poczynania.

Praca pielęgniarki musi być ciągła i żywotna. Przez wygłaszanie pogadanek, dostarczanie broszur, książek, filmów, ruchomych wystaw itp. będzie mogła szerzyć zasady higieny, aby zapobiegać chorobom i nieszczęśliwym wypadkom. Celem jej będzie podnoszenie poziomu kulturalno - oświatowego w dziedzinie ochrony zdrowia. Wysiłki jej wydadzą piękne owoce wówczas, gdy w oparciu o czynnik społeczny zdobędzie zaufanie załogi i kierownictwa.

Fabryka sprawia wrażenie gigantycznej siły. Maszyny - potwory przerażają nas w pierwszej chwili. Nieustanny szum, huk i hałas przytłaczają nas i przejęte nie dostrzegamy zrazu tego maleńkiego człowieczka, który nie tylko ujarzmił te potwory, ale sam je przecież skonstruował. Z każdym dniem będziemy się oswajać z życiem fabryki i zaczniemy bliżej pozna-

wać człowieka — najważniejszy element fabryki. Dostrzeżemy, że człowiek bardziej dba o maszynę niż o własne zdrowie i od tego momentu zacznie się nasza istotna praca pielęgniarska. Pracę tę cechować musi troska nie tylko o należyty stan higieniczno - sanitarny warsztatów, ale przede wszystkim o zdrowie tych ludzi, którzy niejednokrotnie w bardzo ciężkich warunkach tworzą uparcie Nowe Jutro Polski Socjalistycznej.

Z. Żołędziowska

INSTRUKCJA

dla pielęgniarek przemysłowych

Akcja opieki, w sensie ochrony zdrowia, nad pracownikiem w zakładach pracy winna mieć na celu zaspokojenie tych potrzeb, które wypływają z realnych zagadnień ochrony zdrowia; praca ta winna się opierać na społecznym podejściu i pozyskaniu zaufania załogi pracowniczej.

Pielęgniarka przemysłowa powołana jest do sprawowania nadzoru nad stanem sanitarno - higienicznym zakładu pracy oraz opieki nad zdrowiem pracowników.

Pielęgniarka podlega bezpośrednio dyrektorowi administracyjnemu. Czas pracy wynosi 8 godzin. Praca pielęgniarki przemysłowej w czasie przeglądów i lustracji zakładu i warsztatów winna być tak prowadzona, by nie absorbowała i nie odrywała załogi od pracy bez uzasadnionej konieczności.

D o o b o w i ą z k ó w pielęgniarki przemysłowej należy:

1. udzielanie pierwszej pomocy pracownikom w wypadkach obrażeń ciała i nagłego zachorowania podczas pracy;
2. pomoc przy okresowych badaniach przeprowadzanych przez lekarzy powiatowych, Ubezpieczalni Społecznej lub innych;
3. opieka nad pracownikiem, który uległ wypadkowi podczas pracy, rekowalescentami po dłuższych chorobach do chwili zupełnego przyjścia do zdrowia, oraz kobietami ciężarnymi i młodocianymi;
4. prowadzenie walki z chorobami społecznymi, a przede wszystkim z gruźlicą i alkoholizmem;
5. dbanie o porządek w ambulatoriach i apteczkach pierwszej pomocy oraz dostateczne zaopatrzenie w materiały opatrunkowe i środki lecznicze;
6. organizowanie drużyn ratowniczych z pośród załogi danego zakładu pracy;
7. współpraca ze wszystkimi czynnikami społecznymi w zakładzie pracy, w zapobieganiu wypadkom i chorobom zawodowym, stwierdzanie przyczyn i wyciąganie wniosków zapobiegawczych;
8. uzgadnianie z Dyrekcją i Radą Zakładową czasowych lub stałych przenoszeń pracowników ze szkodliwej dla zdrowia i ciężkiej pracy do odpowiedniej dla ich stanu zdrowia (w szczególności kobiet ciężarnych);
9. dokonywanie lustracji wszystkich zabudowań fabrycznych i urządzeń higieniczno - sanitarnych celem stwierdzenia ich stanu pod względem higienicznym i dbanie o ich czystość oraz zaopatrzenie w odpowiednie materiały higieniczno - sanitarne jak: ręczniki, mydło, bielidło, papier w ubikacjach;
10. szczególny nadzór na kuchnią, jadalnią, zmywaniem naczyń, oraz sporządzaniem posiłków pod względem jakości, ilości i sposobu przyrządzania, dbanie o przygotowanie i czystość rezerwuarów wody do picia, kawy, mięty itp.
11. nadzór nad stanem higieny osobistej pracowników, ubrań roboczych, ochronnych, myciem rąk, korzystaniem z kąpieli itp. (W wypadkach koniecznych lustracji stanu higieniczno - sanitarnego personelu w jego otoczeniu domowym — przy wykonywaniu wywiadów domowych pielęgniarka winna otrzymać odpowiedni środek lokomocji lub zwrot kosztów przejazdu).
12. popularyzowanie zasad higieny osobistej, higieny pracy, higieny ogólnej, szkodliwości zawodowej i szkodliwości alkoholu przez pogadanki, plakaty, broszury, ruchome wystawy i odpowiedni dobór lektury w świetlicach.

Technika pracy

1. Plan pracy uzgodniony z dyrektorem administracyjnym i referatem socjalnym winien wisieć w ambulatorium. Pielęgniarka przy opuszczaniu ambulatorium winna na drzwiach umieścić widoczną kartkę z podaniem miejsca gdzie należy jej szukać.

2. Pielęgniarka przemysłowa zbiera materiały statystyczne, dotyczące wypadkowości i stanu zdrowia pracowników w danym zakładzie pracy, a jeśli zajdzie potrzeba także najbliższego otoczenia pracowników.

3. Prowadzi książkę udzielonej pomocy,
kartotekę kart zdrowia,
zeszyt lustracji zakładu pracy,
zeszyt kontroli pracowników korzystających z kąpieli.

4. Prowadzi zeszyt wszystkich swych spostrzeżeń związanych bądź to z wypadkowością, bądź z chorobą zawodową lub koniecznością zaopiekowania się nie tylko pracownikiem ale i jego rodziną.

5. Pielęgniarka winna mieć spisy adresów, telefonów instytucji i lekarzy, do których kieruje chorych w razie wypadku lub zachorowania.

6. Pielęgniarka winna na własnym terenie nawiązać kontakt z instytucjami i placówkami o charakterze leczniczo-profilaktycznym.

7. Prowadzi sprawozdawczość wg wzoru i w określonych terminach składa w referacie socjalnym zakładu pracy.

8. Ściśle współpracuje z referatem socjalnym i Radą Zakładową.

Instrukcją tą kończymy cykl „Rola pielęgniarki w przemyśle“.

WIZYTA W SZKOLE PIELĘGNIARSTWA



Ujęty w malownicze ramy zieleni świerków i dębów piękny fronton głównego gmachu Szpitala Miejskiego w Pradze, na „Bulowce".

Korzystając z zaproszenia koleżanki Budzinkowej, dyrektorki Miejskiej Szkoły Pielęgniarstwa w Pradze VIII, spędziłam 3 dni w tej szkole. Szkoła jest prowadzona przy bardzo dużym, świetnie zorganizowanym i zaopatrzonym szpitalu, w Pradze VIII—„Bulowka". Okres nauczania w szkole trwa 2 lata. Szkoła założoną została w roku 1942. Zadaniem jej było przystosowanie młodych dziewcząt do pracy pielęgniarskiej, zapewniając im najlepsze kwalifikacje zawodowe. W chwili obecnej zadania te zostały rozszerzone w kierunku wyrobienia społecznego i politycznego uczennic, jako przyszłych budowniczych socjalistycznej Czechosłowacji.



Skupiony wyraz twarzy uczennicy pracującej na sali noworodków stanowi dowód zamiłowania i troskliwości — podstawowych zalet kandydatki do zawodu pielęgniarskiego.

Wymagany cenzus naukowy to 4 klasy gimnazjum dawnego typu, lub 9 klas szkoły obecnej, zreformowanej. Podano mi skład socjalny uczennic: 40 % elementu robotniczego, 35% chłopskiego, oraz 25% inteligencji pracującej. Dość duży odsetek elementu chłopskiego tłumaczy się dopływem do szkoły kandydatek z terenu Słowacji.

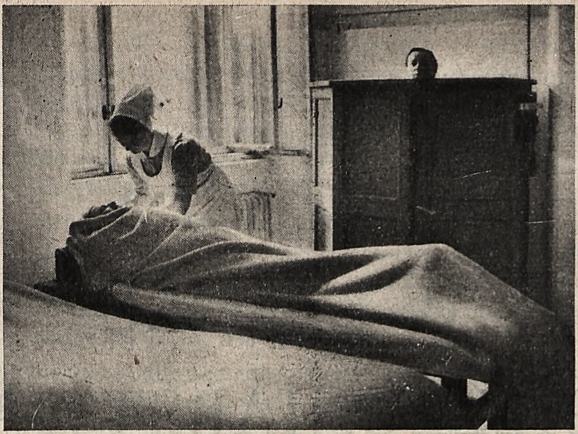
Szkoła jest wzorowana na ogólnie przyjętym typie szkoły pielęgniarstwa, na którym opierały się dotychczasowe szkoły pielęgniarstwa w Polsce. Cechą szczególną zakładu jest to, że uczennice obsługują szpital i stanowią część personelu szpitalnego zmiennego.

Dyrektorka szkoły jest jednocześnie przełożoną pielęgniarek szpitalnych. Szkoła zatrudnia poza tym instruktorkę szkolną (kierowniczkę szkolenia), kierowniczkę spraw polityczno — wychowawczych oraz kierowniczkę internatu. Na oddziałach szpitalnych uczennice pozostają pod kierunkiem i kontrolą pielęgniarek oddziałowych, które są jednocześnie instruktorkami szkoły. Zespół wykładowców szkoły składa się przeważnie z lekarzy zatrudnionych w szpitalu (profesorowie, docenci, prymariusze itd.), oraz z nauczycieli przedmiotów ogólnych — zagadnień socjalnych, wybranych zagadnień marksistowskich, opieki społecznej, ustawodawstwa społecznego oraz języków, rosyjskiego i angielskiego.

Uczennice mają możność pracy na wszystkich oddziałach szpitalnych. Szpital, który w czasie wojny prawie nie ucierpiał urządzony jest bardzo nowocześnie. Uczennice poznają pracę mając do swej dyspozycji najnowocześniejsze urządzenia techniczne.

Specjalnie dobrze zorganizowany jest oddział zakaźny. Rozdział stron, czystej i zakaźnej jest całkowity. Praca zorganizowana jest w ten sposób, że ci, którzy przyjmują i piorą brudną bieliznę chorych nie mają łączności w czasie pracy

Technika zabiegów wodoleczniczych leży w programie nauczania.





Woda to bardzo przyjemna rzecz...

Czechosłowacja, to kraj bogaty w źródła mineralne, muł leczniczy i cieplice. Pielęgniarka musi poznać zasady kąpieli leczniczych.



z tymi, którzy wybierają bieliznę z bębnów i oddają na oddział. Do poszczególnych separatek prowadzą zewnętrzne schody dla odwiedzających. Schody te sięgają do drugiego piętra. Równie dobrze urządzony jest oddział (osobny pawilon) dla chorych na gruźlicę, wyposażony w liczne werandy. Uczennice mają tu możność zapoznać się z pracą w warunkach leczenia sanatoryjnego.

Bardzo szczegółowo traktuje się zagadnienie dietetyki. Uczennice poświęcają dużo czasu dla zapoznania się ze sposobami podawania chorym pokarmów oraz opieką nad chorym w czasie karmienia.

Ilość uczennic w szkole nie jest duża, przyjęcia odbywają się raz do roku, a uczennice przechodzą na początku 4-miesięczny okres próbny.

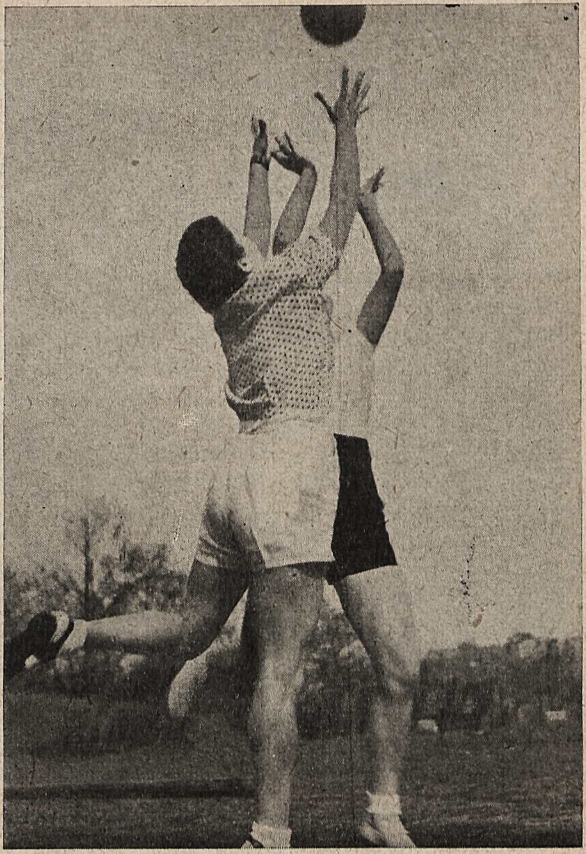
Czeskie szkoły pielęgniarstwa wymieniają między sobą uczennice celem udostępnienia im praktyki w różnorodnych warunkach. Szkoła „na Bulowce" nastawiona jest raczej na przygotowywanie uczennic do pracy czysto szpitalnej. Brak natomiast dobrze zorganizowanej placówki do praktyki pielęgniarstwa społecznego.

Nauka w szkole jest płatna. Niezamożnym uczennicom udziela się stypendiów, z tym jednak, że uczennice zobowiązują się do odpracowania

Własne boisko sportowe i zespołowa gimnastyka poranna to odpoczynek oraz źródło radości i zdrowia.

Pełen wdzięku i harmonii efektowny moment ambitnej walki o piłkę.





w szpitalu „na Bulowce“ od półtora roku do lat sześciu, przy zachowaniu warunków pracy i płacy przysługujących innym pielęgniarkom.

W okresie letnim uczennice korzystają z 6-tygodniowych wakacji, natomiast na Wielkanoc i Boże Narodzenie wolny czas określony jest w granicach, na jakie może pozwolić praca w szpitalu.

Uczennice poza nielicznymi wyjątkami mieszkają w szkole. Godzina obowiązującej ciszy w internacie — 9. wieczór. Za specjalnym zezwoleniem instruktorki szkolnej uczennice mogą korzystać w dni wolne od zajęć z prawa powrotu o godzinie 11. wieczorem. Na ogół jest to jednak rzadko stosowane.

Uczennice sprzątają sypialnie same, jak również same piorą swoją osobistą bieliznę. Bieliznę pościelową, mundury szkolne, fartuchy, czepki, pierze pralnia szpitalna; stanowi to część zaopatrzenia, jakie uczennice otrzymują ze strony szkoły.

Uczennice z zapałem uprawiają sporty — siatkówkę, lekkoatletykę, pływanie i in. Przy szpitalu istnieje specjalne boisko sportowe.

W szkole panuje dobry nastrój. Uczennice są wesołe i chętnie się uczą. Procent odpadających w przeciągu 2 lat jest nie wielki (od 5 — 7%). Stosuje się system narad szpitalnych. W naradach biorą udział wykładowcy, instruktorki szkolne, dyrekcja a także 2 przedstawicielki samorządu szkolnego. Narady takie odbywają się przeciętnie raz na kwartał.

Samorząd na terenie szkoły jest zorganizowany dobrze i bierze czynny udział w życiu szkolnym. Zorganizowano także pomoc koleżeńską w nauce, przez co poziom postępów uczennic jest dość wyrównany.

Stosunek do mnie, pielęgniarki polskiej, był bardzo serdeczny i gościnny zarówno ze strony koleżanek pielęgniarek jak i uczennic.

Nonna Łyżwańska

Tą drogą ślemy serdeczne pozdrowienia naszym koleżankom, pielęgniarkom z Czechosłowacji.



ALINA TOMASZEWSKA
Pielęgniarka Kliniki Chor. Dziec. U. P.

PIELĘGNIARKA W „AKCJI PRZECIWBIEGUNKOWEJ"

(Foto Dąbrowiecki)

W roku bieżącym rozpoczęliśmy z polecenia Ministerstwa Zdrowia kampanię, wymierzoną przeciwko chorobie okresu letniego, która rok rocznie zabiera wiele ofiar wśród niemowląt, a mianowicie przeciwko biegunce **(colitis).** Jest to „akcja przeciwbiegunkowa" czyli „akcja B".

W szeregach pracowników Służby Zdrowia, którzy podejmują walkę z biegunką, obok lekarza, musi stanąć przede wszystkim pielęgniarka, zdająca sobie jasno sprawę z zadań, które ją czekają. Zastanówmy się więc na czym polegają obowiązki pielęgniarki w „akcji B".

Miejscem działania pielęgniarki może być klinika lub szpital, gdzie zostaje skierowane dziecko chore na biegunkę i to zwykle już w stanie ciężkim; miejscem działania może być ambulatorium lub przychodnia, jeżeli wystarcza tego rodzaju leczenie; ośrodek zdrowia lub poradnia, gdzie pielęgniarka ma stały kontakt z dziećmi; dom dziecka, żłobek przyfabryczny, przedszkole lub kolonia letnia, gdzie również można się spotkać z tą chorobą; duże wreszcie możliwości wykrywania dzieci chorych na biegunkę ma pielęgniarka społeczna, przeprowadzająca wywiady w mieszkaniach prywatnych

Zanim przejdziemy do szczegółowego zanalizowania obowiązków pielęgniarki poświęćmy kilka zdań samej chorobie popularnie zwanej biegunką. Medycyna nazywa ją infekcyjnym zapaleniem jelita grubego (c o l i t i s   i n f e c t i o s a), wywołanym przez bogatą florę bakterii, znajdującą się w przewodzie pokarmowym. Choroba ta objawia się częstymi, wolnymi wypróżnieniami, mniej lub więcej obfitymi z dodatkiem śluzu, a często i krwi. W czasie oddawania stolca chory odczuwa bolesne i silne parcie, nieraz połączone z wypadnięciem odbytnicy. W ostrych stanach występuje podwyższona temperatura, osłabienie oraz stan zatrucia i odwodnienie, co przy braku natychmiastowej pomocy może doprowadzić do zejścia śmiertelnego.

Nasilenie biegunki wzmaga się w okresie letnim, ponieważ bakterie, wywołujące ją, mają w tym czasie warunki sprzyjające rozwojowi. Z drugiej strony upały, brak higieny, nieodpowiednie odżywianie zmniejszają odporność organizmu, stwarzając doskonały obiekt dla rozwoju choroby.

Jedną z ważnych przyczyn rozszerzania się biegunki w miesiącach letnich jest częste stykanie się dzieci zdrowych z chorymi w takich skupiskach jak parki, dziecińce, kolonie letnie. Pamiętać należy, że zarazki biegunki wydostają się na zewnątrz ze stolcem chorego, więc zainfekowanie może nastąpić drogą bezpośrednią, przez kontakt z chorym, lub pośrednio przez przedmioty albo osobę drugą, stykającą się z chorym.

Z kolei zajmiemy się analizą zadań pielęgniarki w „akcji B".

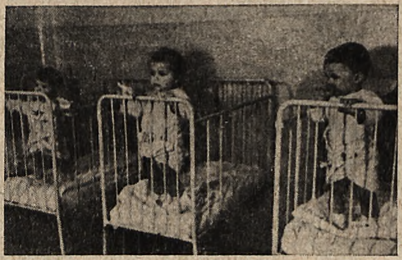
Można je podzielić na trzy rodzaje: 1) zapobieganie zakażeniu biegunką, 2) pielęgnowanie chorego, 3) instruowanie otoczenia chorego dziecka.

ZAPOBIEGANIE

Aby skutecznie zapobiegać zakażaniu się dzieci biegunką, pielęgniarka w okresie letnim musi stale pouczać matki, w sposób indywidualny, lub społeczeństwo drogą pogadanek publicznych, artykulików, ostrzegawczych plakatów itp., o niebezpieczeństwie grożącym dziecku ze strony tej choroby. Przede wszystkim będą to wskazówki o higienicznym postępowaniu z dzieckiem. Wcho-

dzi tu w rachubę mycie rąk przed jedzeniem, mycie owoców przed ich spożywaniem, gotowanie mleka, naczyń, butelek i smoczków. Następnie odpowiednie dobieranie i przyrządzanie posiłków, nieprzekarmianie dziecka, aby nie osłabiać odporności przewodu pokarmowego. Ważne jest zabranianie picia wody ze studzien które nie są należycie zabezpieczone przed zanieczyszczeniem oraz ostrzeganie matek przed przegrzewaniem niemowląt w pierzynach i wełnianej odzieży, bo i to przyczynia się w dużej mierze do zachorzeń przewodu pokarmowego.

Nie można zapominać też o czystości i dezynfekcji miejsc ustępowych oraz nocniczków używanych przez dzieci. Wreszcie do wskazań profilaktycznych należy przestrzeganie, ażeby dzieci zdrowe nie miały dostępu do osobników chorych lub podejrzanych o biegunkę.



(Foto WAF)

PIELĘGNOWANIE

Jeżeli chodzi o pielęgnowanie dziecka chorego na biegunkę, to zadania pielęgniarki będą tak różne, jak są różne jej posterunki pracy. Weźmy najpierw pod uwagę szpital, jako najodpowiedniejsze miejsce leczenia tej choroby. Tu pod stałą opieką lekarską, mając do dyspozycji warunki higieniczne, dietetyczne, leki, zabiegi pomocnicze w każdej chwili można uratować dziecko będące nawet w najcięższym stanie choroby.

Wiele może uczynić pielęgniarka w ambulatorium lub przychodni. Gdy zgłosi się matka z dzieckiem chorym na biegunkę, należy ją przyjąć nawe poza kolejką, izolować w osobnym gabinecie i przygotować chore dziecko do natychmiastowych oględzin przez lekarza. Po zbadaniu, jeżeli dziecko nie może być natychmiast albo w ogóle z braku miejsca przyjęte na leczenie szpitalne, należy przystąpić do wykonania niezbędnych zabiegów wskazanych przez lekarza, jak np. nawadnianie podskórne lub dożylne (wlewy roztworu soli fizjologicznej — Ringer z glukozą i witaminami, środki nasercowe).



(Foto WAF)

Po udzieleniu doraźnej pomocy, gdy stan dziecka na to pozwala, oddaje się je matce z tym zastrzeżeniem, że będzie dochodziła raz lub dwa razy dziennie do leczenia ambulatoryjnego.

Gdy pielęgniarka wykryje dziecko chore na biegunkę w żłobku, domu dziecka, na kolonii lub matka sama zgłosi się z takim dzieckiem do poradni, należy je natychmiast skierować do szpitala czy ambulatorium lub do najbliższego lekarza. Gdyby jednak, ze względu na odległość nie dało się tego przeprowadzić bezzwłocznie, pielęgniarka musi udzielić dziecku pierwszej pomocy, niezależnie od stanu dziecka, choćby tylko przez zastosowanie racjonalnej głodówki oraz podanie doustnie płynów obojętnych (zwykła herbata lub 2% nutromaltu w małych, lecz częstych dawkach). Pielęgniarka powinna zdawać sobie sprawę, że nie może tu polegać tylko na swoich siłach, dziecko chore na biegunkę musi bezwzględnie pozostawać pod opieką lekarza.

Znam przykład, że dziecko w doskonałym stanie odżywienia, a tylko z wolnymi wypróżnieniami, po paru godzinach coraz częstszych stolców, doszło do takiego stanu zatrucia i odwodnienia, że tylko dzięki natychmiastowej, zorganizowanej pomocy klinicznej (działo się to w mieście uniwersyteckim) udało się uratować je od niechybnej śmierci.

POUCZANIE MATEK

Dalszym zadaniem pielęgniarki w „akcji przeciwbiegunkowej" jest pouczenie otoczenia dziecka, chorego na biegunkę, które z braku miejsca w szpitalu albo za zgodą lekarza pozostaje w domu lub też dochodzi na leczenie ambulatoryjne.

W wymienionych wypadkach pielęgniarka musi udzielać odpowiednich wskazań matce, ewentualnie innym osobom utrzymującym konieczny kontakt z chorym dzieckiem. Instruowanie powinno dotyczyć następujących problemów: izolowanie chorego dziecka od zdrowych, higiena osobista osoby pielęgnującej i chorego (mycie rąk, dezynfekcja odchodów, gotowanie pieluszek, naczyń, butelek itp.), wskazania dietetyczne, przeprowadzanie głodówek, pouczanie o przyrządzaniu leczniczych mieszanek (jeżeli/ nie ma w pobliżu kuchni mlecznej), wskazówki jak podawać płyny dziecku wymiotującemu, pouczanie matek o konieczności kontroli dziecka chorego przez lekarza, a wreszcie obserwacja ilości i jakości wypróżnień.

Jeżeli pielęgniarka wykryje dziecko chore na biegunkę w zakładzie masowego pobytu dzieci, powinna zawiadomić lekarza opiekującego się danym zakładem, a gdyby dziecko musiało pozostać na miejscu, izolować je i postępować według wymienionych wskazówek profilaktycznych.

Reasumując powyższe, stanowisko pielęgniarki w „akcji przeciwbiegunkowej" jest bardzo odpowiedzialne, nakłada na nią ważne obowiązki i czyni ją jednym z ważnych ogniw w dążeniu do podniesienia zdrowotności młodego pokolenia wyniszczonej biologicznie, powojennej Polski.

Alina Tomaszewska

ściwego rozpoznania dochodzić trzeba wtedy drogą analiz i badań bakteriologicznych.

Prof. B. BŁANKOW

BIEGUNKI PRZEWLEKŁE

W okresie trwania biegunki dolna część jelita grubego zostaje podrażniona, a na jego ściankach tworzą się ranki. W miarę powrotu do zdrowia ranki te się goją i znikają kliniczne objawy choroby. Organizm chorego uwalnia się od zarazków biegunki wydzielając je wraz z odchodami.

Nie zawsze jednak następuje całkowite wyzdrowienie. Czasem mimo przeminięcia ostrych objawów choroby, rany na ściankach jelita grubego nie goją się przez długie miesiące a nawet lata. Chory przez cały ten długi czas wydziela bakterie chorobotwórcze — stan taki nazywamy BIEGUNKĄ PRZEWLEKŁĄ.

Biegunka przewlekła miewa różny przebieg. Bardzo często chory przez długi okres czasu czuje się zupełnie zdrów, stolec ma normalny i nie dostrzega objawów choroby, jedynie od czasu do czasu następuje recydywa biegunki. W niektórych przypadkach recydywy przybierają formy ostrej choroby, czasem znów przechodzą niemal niepostrzeżenie.

Przewlekła biegunka jest niebezpieczna szczególnie dla dzieci, choroba ta bowiem bardzo wycieńcza organizm, obniża jego odporność na inne infekcje i w wielu wypadkach kończy się śmiercią. Tak długo, jak chory wraz z odchodami wydziela zarazki dyzenterii, tak długo istnieje dla otoczenia niebezpieczeństwo zakażenia. Ze względu na to, że chory często nie kładzie się wcale do łóżka nawet w czasie wzmożenia objawów chorobowych, staje się tym bardziej niebezpiecznym dla otoczenia rozsadnikiem zarazków.

Przyczyny powodujące przejście ostrej formy biegunki w stan chroniczny.

Niektórzy lekarze utrzymują, że przeciętnie pięciu na stu chorych przechodzi w stan przewlekłej biegunki; inni dowodzą, że przeciętna ta jest znacznie wyższa i sięga 20 osób na sto chorych.

Jedną z podstawowych przyczyn jest wiek dziecka. Najbardziej podatne są dzieci w wieku od 1—3 lat. Rzadziej biegunkę przewlekłą spotyka się u dzieci starszych, a jeszcze rzadziej u ludzi dorosłych.

Duże znaczenie dla zapobieżenia chorobie ma dobre odżywianie.

Zasadnicze znaczenie ma również sposób leczenia. Biegunka przechodzi w postać przewlekłą przeważnie w tych przypadkach, gdy chory zbyt późno trafia do szpitala lub, gdy za wcześnie zostaje z niego wypisany.

Przyczyny obostrzeń biegunki przewlekłej nie zawsze są jasne, ale wiadomo, że obostrzenia te mogą wystąpić w wypadkach kiedy u chorego zjawiają się objawy innej choroby zakaźnej, jak np. odry, płonicy, kokluszu, ospy wietrznej, grypy, zapalenia płuc itp.

Rozsiewanie zarazków.

Szczególnie niebezpiecznymi rozsadnikami bakterii są chorzy na biegunkę przewlekłą w okresach obostrzenia choroby. Jeden gram kału tych chorych zawiera od 700.000—2.000.000 bakterii, a ilość bakterii w obostrzeniu się stanu chorobowego wynosi od 2—370 milionów! Stwarza to więc ogromne możliwości przeniesienia zakażenia na otoczenie, tym więcej, że często choroba pozostaje nie ujawniona i nieświadome otoczenie nie przedsiębierze koniecznych środków ochronnych.

Wykrywanie przypadków biegunki przewlekłej u dzieci.

Wykrywanie biegunki przewlekłej u dzieci napotyka na duże trudności. Jeżeli jednak można stwierdzić objawy pewne, jak stolce śluzowo-krwawe, sprawa staje się jasna, szczególnie u tych dzieci, które — jak się dowiadujemy z wywiadów — biegunkę przebyły. Specjalne trudności wykrycia biegunki przewlekłej stwarzają przypadki, z objawami niewyraźnymi. Do właściwego rozpoznania dochodzić trzeba wtedy drogą analiz i badań bakteriologicznych.

Zarządzenia ochronne.

W razie wykrycia przypadków biegunki przewlekłej wśród dzieci na terenie żłobka, domu dziecka itp. należy je natychmiast odseparować od pozostałych i utworzyć specjalne „grupy sanatoryjne", pozwalając dzieciom chorym przebywać w gromadzie z dala od zdrowych. Odseparowanie ma na celu umożliwienie intensywnego leczenia oraz zapobieganie dalszym zakażeniom. Ze względu na to, że nie wszystkie zakłady dziecięce są w stanie zorganizować na swoim terenie grup izolacyjnych, zaleca się tworzenie takich grup dla kilku zakładów łącznie, skupiając dzieci ze żłobków, domów dziecka oraz dzieci „niezorganizowane".

Dzieci w grupie sanatoryjnej.

Jednym z podstawowych warunków regulaminu jest obowiązek, by dzieci należące do grupy sanatoryjnej spędzały tam całą dobę. W odżywianiu tych dzieci uwzględnić trzeba dowóz jak największej ilości witamin A, B_1, B^2, C i D. a szczególnie dużo witamin B_1, które uodparniają ustrój przeciwko schorzeniom jelit.

W okresie zaostrzenia się biegunki, należy dzieci oddzielić od pozostałych i zapewnić im specjalną dietę. Przypadki bardzo ciężkie trzeba bezwzględnie kierować do szpitala.

Aby zapobiec możliwościom zakażenia się innymi chorobami zakaźnymi, nie wolno pozwalać dzieciom na stykanie się z osobami z poza zakładu.

Kiedy dziecko z grupy chorych wolno przenieść do zdrowych?

Każde dziecko ma swoją kartę indywidualną, na której notuje się regularnie zmianę wagi, rodzaj wypróżnień itd. Kiedy wreszcie stolce ustalą się i stan taki trwa w ciągu 2 miesięcy, a waga dziecka podnosi się nieustannie, to po 5-krotnym badaniu bakteriologicznym kału w odstępach 2—3 dniowych, które dadzą wyniki zadawalające — można skierować dziecko z grupy chorych do grupy dzieci zdrowych.

Wolny przekład B. C.

LATO W PORADNI »B«

NIEZMIERNIE dla niemowląt i małych dzieci niebezpieczny okres biegunek letnich — lato — stwarza dla poradni „B" i Ambulatoriów dla Dzieci konieczność przedsiębrania takich kroków zaradczych, ażeby z chwilą wzrostu liczby zachorowań — co jest praktycznie niestety nieuniknione — wzmożona frekwencja pacjentów nie zastała tych niesłychanie pożytecznych placówek Społecznej Służby Zdrowia nieprzygotowanymi i nie spowodowała dezorganizacji w ich pracy. Skutki bowiem nieprzygotowania i chaosu mogą być w wielu wypadkach tragiczne i mogłyby obniżyć zaufanie, jakim ludność darzy Społeczną służbę Zdrowia.

Praca w poradniach „B" i ambulatoriach dla dzieci nie ulega w zasadzie specjalnemu przestrojeniu w okresie biegunek letnich, ważne jest jednak dla utrzymania maksymalnej sprawności tych placówek, aby cały zespół lekarski i pielęgniarski pozostawał na stanowisku. Zastrzeżenie to dotyczy praktykowanych gdzieniegdzie „urlopów letnich", co sprawia, że zatrwożona matka przychodząc do Poradni zastaje drzwi zamknięte i lakoniczną kartkę „zamknięte z powodu wyjazdu personelu"... Przeciwnie, jeśli dziecko zachoruje matka musi mieć możność zgłoszenia się do Poradni zawsze, nie czekając na wyznaczenie jej terminu. Co więcej, kontakt matek z poradnią powinien być żywszy, ściślejszy niż w miesiącach zimowych, terminy wizyt mniej odległe, pielęgniarki zaś powinny częściej odwiedzać rodziny mające małe dzieci. O tego rodzaju zarządzeniach należy zawczasu powiadomić matki dostępnymi środkami propagandowymi. Propaganda musi uwzględniać jednocześnie moment tak doniosły w zwalczaniu biegunek, jak krzewienie wśród matek obowiązku karmienia piersią, a w ostateczności, jeśli już inaczej nie można, żądać, by do sztucznego odżywiania matki używały **mleka sproszkowanego.**

Dzieci, które lekko przechochodzą biegunkę można leczyć na miejscu, w Poradni „B", Kuchnia mleczna musi być zawczasu zaopatrzona w dostateczną ilość artykułów koniecznych do przygotowywania mieszanek leczniczych, a więc w mleko sproszkowane, ryż, Nutrosan, Laktosan, kwas mlekowy itp. Jeżeli matka mieszka daleko od poradni i nie może korzystać z mieszanek przygotowywanych w kuchni mlecznej, trzeba ją dokładnie nauczyć przygotowania mieszanki potrzebnej dla jej dziecka i dla pewności dać jej dokładny przepis, nakazując trzymać się *dosłownie.*

Wobec konieczności nawadniania dzieci chorych na biegunkę, trzeba tak zorganizować pracę w Poradni w tym okresie, aby wstrzykiwania płynów nawadniających można było wykonywać 2 razy na dobę.

Przypadki ciężkie powinna Poradnia „B" po udzieleniu pomocy odsyłać do szpitala dziecięcego, a po powrocie otaczać te dzieci szczególną opieką, aby zapobiec nawrotom.

BIEGUNKI letnie są chorobą zakaźną. Z tego względu w poczekalniach ambulatoriów nie powinno się gromadzić zbyt wiele dzieci na raz, a te, które się tam znalazły atrzeba odseparować od siebie, by uniemożliwić kontakt. Czystość ambulatorium, poczekalni, najbliższego otoczenia (zwłaszcza ustępów!), **radykalna walka z muchami** przy użyciu wszelkich dostępnych środków — to podstawowe momenty profilaktyki.

Podobnie jak Poradnie „B" ambulatoria dla dzieci prowadzą leczenie lżejszych przypadków biegunek. Ciężkie, po udzieleniu pierwszej pomocy trzeba kierować do szpitala dziecięcego, z którym ambulatorium powinno utrzymywać stały kontakt, aby się orientować co do ilości wolnych miejsc, środków transportu itp.

Jeśli ambulatorium nie ma do swej dyspozycji kuchni mlecznej, skąd chore dzieci mogłyby otrzymywać przepisane mieszanki lecznicze, to rodzice powinni otrzymywać tam przynajmniej wszystkie składniki niezbędne dla potrzebnych mieszanek oraz dokładny przepis na sposób jej przyrządzania w domu.

W miejscowościach, gdzie nie ma apteki, ambulatorium powinno zaopatrzyć dziecko w dostateczną ilość **sulfoguanidyny,** tego znakomitego środka leczniczego przeciw biegunkom (ubezpieczeni otrzymują potrzebne leki z własnej instytucji leczniczej; wobec tego ambulatorium zaopatruje w leki tylko na pierwsze 24 godziny).

Z powyższego wynika, że na okres biegunek letnich ambulatoria muszą się zaopatrzyć w dostateczną ilość leków (sulfoguanidyny) i środków odżywczo-leczniczych (5% **roztwór cukru gronowego, fizjologiczny roztwór soli** — jałowych, gotowych do wstrzykiwań), oraz dostateczną ilość strzykawek, igieł itp.

Na tym nie kończy się jednak jeszcze rola ambulatorium dla dzieci w okresie biegunek letnich. Ambulatorium powinno porozumieć się z organizacjami społecznymi, aby zapewnić w pobliżu mieszkanie rodzicom przyjezdnym, których dziecko leczone w ambulatorium ma otrzymywać wstrzykiwania środków nawadniających. W miejscowościach, gdzie nie ma Poradni B ambulatorium również obowiązane jest roztoczyć jak najtroskliwszą opiekę nad dzieckiem powracającym ze szpitala.

Omówione powyżej wytyczne podkreślają konieczność przygotowania się zawczasu do walki z biegunkami letnimi. Ma to na celu przede wszystkim wzmożenie czujności placówek Służby Zdrowia powołanych do tej walki, aby, gdy zajdzie tego potrzeba, natychmiast przystąpić do leczenia.

Z.

W dziale pod tym tytułem zamieszczamy materiały do popularnych wykładów z dziedziny higieny, pierwszej pomocy i ratownictwa, które powinny posłużyć każdej pielęgniarce w pracy sanitarno - oświatowej

DR T. RÓŻNIATOWSKI

Pierwsza pomoc

OMDLENIE

Jest to niewątpliwie najczęstszy „nagły wypadek“, z którym każdy może się zetknąć w rozmaitych okolicznościach życiowych. Przyczyną omdlenia jest niewystarczający dopływ krwi do mózgu. Zdarza się to zwykle ludziom słabym i wrażliwym, którzy omdleniem reagują na przeróżne czynniki ,jak: silne wzruszenie, przestrach, brak powietrza, przejedzenie itp.

We wszystkich tych wypadkach łatwo jest zemdlonego przyprowadzić do przytomności.

Istnieją jednak omdlenia groźne, towarzyszące takim przypadkom, jak udar sercowy, krwotoki wewnętrzne itp. Ustalenie przyczyny omdlenia jest często rzeczą trudną i nad tym nie będziemy się zatrzymywać.

Omdlenie cechują objawy: subiektywne (to znaczy takie, które spostrzega sam chory) i obiektywne rzucające się w oczy otoczeniu. Objawy subiektywne (uczucie osłabienia, mroczki przed oczami, szum w uszach) nie mają dla ratownika większego znaczenia, tym bardziej więc musi on zwracać uwagę na cechy obiektywne, jak nagłe zblednięcie chorego, szybkie „chwytanie“ powietrza, kropelki potu na skroniach. Zwykle jednak sprawa przebiega szybko, nie ma czasu na spostrzeżenie tych „zapowiedzi“ omdlenia, gdyż chory od razu pada na ziemię i sprawia wrażenie zmarłego.

Jaka jest **pierwsza pomoc** w tych wypadkach? Pomoc musi iść w dwóch kierunkach:

1) dostarczyć zemdlonemu świeżego powietrza.

2) ułatwić dopływ krwi do mózgu.



Rys. 1



Rys. 2

Jeżeli chory zemdlał w tłumie (w teatrze, na zebraniu) trzeba go natychmiast wynieść w przestronne miejsce (w mieszkaniu — otworzyć okna). Często się zdarza, że chory mdleje w tłumie pod gołym niebem (w czasie wieców, manifestacji itp). Ratowanie jest w takich wypadkach utrudnione, gdyż gromada gapiów tłoczy się natychmiast w okół zemdlonego, nie tylko ograniczając dopływ powietrza, lecz nawet przeszkadzając ratownikowi w akcji.

Zemdlonemu należy zawsze rozluźnić te części ubrania, które przeszkadzają w oddychaniu, a więc: kołnierzyk, krawat, pasek, gorset itp.

Ułatwienie dopływu krwi do mózgu osiąga się przez podniesienie do góry kończyn dolnych zemdlonego (rysunek 1). Jeżeli chory zemdlał w mieszkaniu siedząc na krześle, nie tracimy czasu, tylko przechylamy krzesło w tył i układamy je wraz z chorym na podłodze (rys. 2).

Zwykle po kilkunastu sekundach trzymania nóg w pozycji pionowej — chory odzyskuje przytomność. Gdyby to nie nastąpiło — należy prysnąć mu na twarz zimną wodą lub poklepać energicznie po policzkach, po czym rozcierać mocno kończyny flanelą, lub suchymi rękami, w kierunku od obwodu do serca. Można również podsunąć pod nos wacik przepojony amoniakiem lub innymi „solami trzeźwiącymi“. Gdy i to nie pomoże — stosujemy sztuczne oddychanie, dokładnie według zasad opisanych w rozdziale o ratowaniu topielców. Wtedy zazwyczaj zemdlony odzyskuje przytomność. **Dopiero wtedy** można mu dać do wypicia nieco mocnej kawy, herbaty lub wina, a nawet zwykłej wody. Podawanie kropli walerianowych jest bezcelowe, gdyż lek ten działa na układ nerwowy uspakajająco, a nam chodzi właśnie o jego pobudzenie. **W żadnym wypadku nie wolno wlewać do ust choremu napojów zanim nie odzyska przytomności.**

Często chorzy skarżą się (po wyprowadzeniu z omdlenia) na dokuczliwe zimno. Wtedy należy ich ciepło przykryć, a nawet obłożyć termoforami (mogą to być zwykłe butelki z gorącą wodą, owinięte w suche szmaty). Chorych należy pilnować tak długo, dopóki nie uzyskamy całkowitej pewności, że nie grozi im żadne niebezpieczeństwo.

Omdlenie powtarzające się często u tej samej osoby świadczą o poważniejszej chorobie, dlatego ludzi takich należy bezwzględnie kierować do lekarza.

ZAPAŚĆ

Groźny ten stan (nie mylić z omdleniem) polega na gwałtownym, nagłym osłabieniu serca, a zdarza się najczęściej w przebiegu ostrych chorób zakaźnych (również w chorobach serca). Zapaść może wystąpić zarówno w okresie podniesienia ciepłoty, jak i w chwili przesilenia (kryzysu), gdy gorączka spada raptownie poniżej normy. Ostatni wypadek jest znacznie częstszy.

Objawy zapaści to: tętno słabe, przyśpieszone, blada lub zasiniona twarz, zimny pot na czole i ciele, oddech szybki i powierzchowny (chory „łapie" powietrze), policzki zapadnięte i zaostrzone rysy (wydłużony, spiczasty nos).

Objawy te mogą się znacznie nasilać, aż do utraty przytomności. W odróżnieniu od zwykłego omdlenia, gdzie chory leży bez ruchu, jak martwy, w zapaści zawsze widzi się pewien niepokój i chory mimo utraty przytomności często porusza się, jęczy i nieregularnie oddycha.

Celem **pierwszej pomocy** będzie przede wszystkim pobudzenie czynności serca i przywrócenie normalnego obiegu krwi: głowę chorego ułożyć nieco niżej niż resztę ciała; kończyny dolne obłożyć termoforami, a przed tym dobrze je natrzeć kawałkiem flaneli. Podać choremu do picia trochę mocnej czarnej kawy i wezwać lekarza, gdyż zapaść jest zjawiskiem bardzo groźnym.

WSTRZĄS (szok)

Wstrząs jest zjawiskiem niezwykle złożonym. Jest to stan chorobowy, w którym wszystkie czynności życiowe są zredukowane do minimum, to znaczy, że narządy pracują jeszcze, ale — mówiąc obrazowo — na tak „wolnych obrotach", że w każdej chwili grozi zejście śmiertelne. Przyczyny wstrząsu są zbyt skomplikowane, żeby je omawiać w popularnym wykładzie. Wystarczy więc zapamiętać, że wstrząs występuje najczęściej w ciężkich zranieniach i oparzeniach (wtedy jego przyczyną jest nadmierna utrata osocza krwi) oraz w ciężkich zatruciach, zbyt wysokiej ciepłocie, w przypadkach przerażenia (np. bombardowanie) itp. Natężenie wstrząsu może być różne, większe lub mniejsze, przy czym bardziej narażeni są ludzie starsi, słabi, niedożywieni, o wielkiej wrażliwości nerwowej.

Rozpoznanie wstrząsu nie zawsze jest łatwe, gdyż stan taki bardzo często zjawia się skrycie, powoli. Lepiej jednak nie czekać aż wystąpią jego objawy lecz zapobiegać powstaniu wstrząsu u wszystkich ciężej rannych, oparzonych, zatrutych itp.

Jeżeli wstrząs już się zjawi, to poznamy go po takich objawach, jak: bladość skóry, zimny poty, zwłaszcza na czole, niespokojny, przestraszony wyraz twarzy, częste wzdychanie lub nieregularny oddech, słabe i nieregularne tętno, spadek ciepłoty ciała poniżej normy, nudności i wymioty (występują nie zawsze).

Jak widzimy, objawy te podobne są do zapaści, różnią się jednak od niej tym, że **zjawiają się powoli i trwają dłużej**. Ostatecznie **wstrząs** może przejść **w** zapaść, ale nigdy odwrotnie.

Pierwszej pomocy w wypadkach wstrząsu należy więc udzielić jeszcze przed wystąpieniem jego objawów. oto główne punkty postępowania:

1) Ułożyć chorego wygodnie na łóżku (głowę nisko, nogi wyżej),

2) Zapewnić całkowity spokój,

3) Dobrze ogrzać chorego, (termofory),

4) Zatrzymać krwawienie (opaska uciskowa),

5) Opatrzyć rany,

6) Unieruchomić złamane kończyny,

7) Podać choremu dużo ciepłych napojów (nie wolno jednak poić rannych w brzuch i klatkę piersiową oraz nieprzytomnych), a przede wszystkim nigdy nie zapominać wezwać lekarza, który pokieruje dalszym ratowaniem chorego.

PORAŻENIE SŁONECZNE

Prawdziwe porażenie słoneczne występuje obecnie dość rzadko, przebieg jego natomiast jest alarmujący.

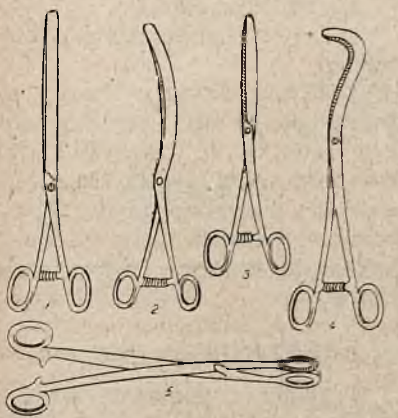
Przyczyną porażenia słonecznego jest zbyt intensywne opalanie się, bez zachowania zwykłych środków ostrożności.

Objawy są następujące: 1) Chory jest zwykle nieprzytomny, 2) Twarz jego jest czerwona, skóra gorąca i sucha; 3) Oddech ciężki, charczący; 4) Tętno szybkie i twarde.

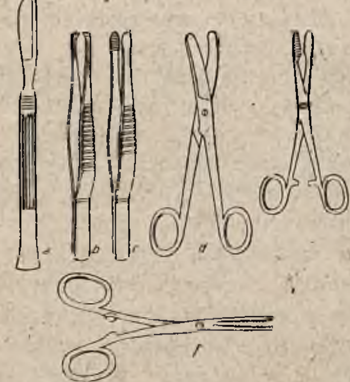
Pierwsza pomoc musi być udzielona natychmiast. Przede wszystkim należy wezwać lekarza. Oczekując jego przybycia — nie tracić czasu, tylko przenieść chorego w miejsce chłodne, zacienione, rozluźnić ubranie i umieścić w pozycji pół-siedzącej. Na głowę położyć okład z lodu, a całe ciało, zwłaszcza kark, polewać zimną wodą. Gdy chory odzyska przytomność — dać mu do picia trochę zimnej wody, nie dawać natomiast środków podniecających, zwłaszcza alkoholu przed przybyciem lekarza.

Porażeniu słonecznemu można zapobiec przez rozsądne dozowanie opalania się, ochranianie głowy białym kapeluszem lub czapką, częste przechodzenie w cień i zanurzanie się w wodzie. Jeżeli spostrzeżemy, że ktoś skarży się na ból głowy, nudności i zbytnie gorąco, należy zawczasu zaprowadzić go w miejsce możliwie chłodne.

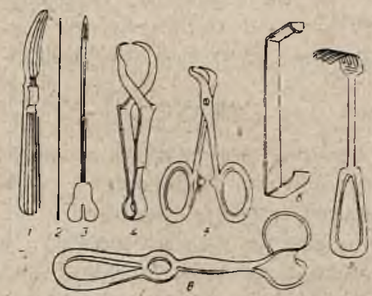
TECHNIKA INSTRUMENTOWANIA



1) klem miękki prosty, 2) klem miękki zakrzywiony, 3) klem twardy prosty, 4) klem twardy zakrzywiony, 5) klem okienkowaty (hemoroidalny).



a) skalpel, b) penseta chir., c) penseta anat,. d) nożyczki Coopera, e) pean, f) kocher.



1) sonda Kochera, 2) sonda główkowa, 3) sonda rowkowa, 4) spinak Johnesa, 5) spinak Backhausa,, 6) hak Farabeufa, 7) hak czterozęb., 8) hak siodełkowy.

Po obmyciu pola operacyjnego, podajemy lekarzowi, do okrycia chorego, jałowe prześcieradła (na nogi i głowę) oraz serwetki (na boki), które umocowuje się przy pomocy opinaków Johnesa. Pole operacyjne przykrywamy serwetką i następnie zakładamy operatorowi rękawiczki. Po założeniu rękawiczek chirurg przystępuje do wstępnego aktu operacji, tj. do przecięcia skóry. W tym celu podajemy skalpel (bistur — nóż) i pensety chirurgiczne. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnej podajemy serwetki brzuszne i opinaki Backhausa, do opięcia brzegów rany. Teraz podajemy ostre haki wielozębne dla rozciągnięcia rany. Przecięte naczynia krwionośne zamyka operujący przy pomocy kleszczyków Kochera lub Peana i podwiązki katgutowej.

Jeżeli zabieg dotyczy jamy brzusznej, to po przecięciu powięzi (skalpel i nożyczki) i odsunięciu mięśni (haki Farabeufa) operujący dochodzi do otrzewnej. Do otwarcia otrzewnej potrzebne są: pensety chirurgiczne, nóż, nożyczki i sonda Kochera. Po przecięciu otrzewnej podajemy klemy Mikulicza względnie duże kochery. Dla odpreparowania tkanek niektórzy lekarze używają gazy, zwiniętej w kuleczki (groszki, gulajki) na bezzębnym klemie lub Kocherze.

W czasie wykonywania zabiegu na przewodzie pokarmowym — zależnie od życzenia operującego — podajemy: klemy miękkie, okienkowe, igłę Deschamps'a, szwy jedwabne i katgut.

Instrumentariuszka powinna bardzo pilnie śledzić bieg operacji, aby w odpowiednim momencie podać potrzebne narzędzie.

Na podwiązkę (ligatura) podajemy katgut, którego grubość zależy od kalibru naczynia (Nr 0—2). Do szycia podajemy igłę na imadle wraz z nicią. Otrzewną zeszywa operujący ciągłym szwem katgutowym (Nr 0); na mięśnie trzeba przygotować pojedyncze szwy katgutowe (Nr 0); na powięź — ciągły szew katgutowy (Nr 1); do szycia tkanki podskórnej przygotowujemy pojedyncze szwy katgutowe (Nr 0); do szycia skóry używa się jedwabiu, silku, nylonu oraz klamerek Michel'a. Trzeba sprawdzić wytrzymałość nici i skontrolować czy na nici nie ma przypadkiem węzełka. Klamerki podaje się na pensecie do klamerek (penseta Michel'a) razem z pensetami chirurgicznymi. Podając szwy lub podwiązki, końce ich należy zabezpieczyć kleszczykiem Pean'a.

Po zeszyciu rany, względnie po nałożeniu klamerek jodynujemy brzegi rany i nakładamy jałowy opatrunek.

Usunięcie wyrostka robaczkowego — Appendectomia

Narzędzia potrzebne:

3 pensety chir. małe,
3 pensety anat. małe,
2 pensety anat. duże,
2 pensety Michel'a,
8 opinaków Backhausa,
4 opinaki Johnesa,
1 nożyczki chir. proste,
1 nożyczki chir. Coopera,
1 nożyczki do katgutu,
12 kleszczyków Kochera,
12 kleszczyków Pean'a,
6 klemów Mikulicza,
1 miażdż wyrostkowy,
1 korcang do mycia,
1 korcang do narzędzi,

1 korcang zapasowy,
2 haki Farabeuf'a,
2 haki Langenbecka,
2 skalpele (noże),
1 sonda Kochera,
1 łopatka brzuszna,
2 imadła (Mathieu),
1 igła Deschamps'a,
2 klemy do gazików,
Igły jelitowe, mięśniowe, skórne, klamerki, katgut, jedwab.

Zabieg:

Po zmyciu pola operacyjnego i opięciu go jałowymi serwetami, chirurg zakłada rękawiczki i przystępuje do wykonania zabiegu. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnej (skalpel, pensety chir.), operujący przecina powięź (nożyczki), której brzegi chwyta kocherami; krwawiące naczynia zamyka przy pomocy kleszczyków Kochera i podwiązki katgutowej. Po zamknięciu naczyń operujący opina brzegi rany serwetkami przy pomocy opiniaków Backhausa.

Dalszy etap zabiegu, po odsunięciu m. prostego brzucha hakami Farabeuf'a, stanowi otwarcie otrzewnej. Do chwytania brzegów otrzewnej służą klemy Mikulicza. Po odnalezieniu wyrostka robaczkowego lekarz chwyta jego koniec peanem i oddziela następnie krezkę wyrostka przy pomocy podwiązki katgutowej na igle Deschamps'a. Teraz następuje zmiażdżenie podstawy wyrostka i podwiązanie, po czym operujący zakłada szew kapciuchowy jedwabny (nie wiąże go), odcina wyrostek skalpelem, jodynuje kikut i przy pomocy pensety anatomicznej wgłabia go oraz zaciąga szew kapciuchowy. U w a g a: nóż, pensetę i miażdż natychmiast po wgłobieniu o d r z u c i ć! Do drugiego szwu kapciuchowego instrumentariuszka podaje operującemu cienki katgut na małej igle jelitowej.

Ostatni etap zabiegu stanowi zeszycie otrzewnej, powięzi i tkanki podskórnej. Na skórę lekarz zakłada klamerki, jodynuje brzegi rany i przykłada jałowy opatrunek.

Przepuklina pachwinowa — Hernia inguinalis (modo Bassini)

Narzędzia potrzebne — te same co do wycięcia wyrostka robaczkowego, za wyjątkiem klemów Mikulicza. Dodać trzeba klemy do groszków oraz — do znieczulenia miejscowego — nowokainę, strzykawkę, igły i miseczkę do nowokainy.

Zabieg:

Po dezynfekcji pola operacyjnego pacjent zostaje okryty jałowymi chustami,, które dokładnie ograniczają miejsce zabiegu. Do umocowania chust podaje się opinaki Johnesa. Operujący przecina skalpelem skórę, tkankę podskórną i powięź, po czym podchwytuje krwawiące naczynia krwionośne kleszczykami Kochera i podwiązuje je cienkim katgutem. Do opięcia rany podajemy teraz serwetki i opinaki Backhausa. Do odpreparowania worka przepuklinowego muszą być przygotowane groszki na klemach.

Następny etap zabiegu stanowi oddzielenie worka przepuklinowego od powrózka nasiennego (u mężczyzn). Po otwarciu worka przepuklinowego podajemy lekarzowi kochery dla uchwycenia brzegów otrzewnej. Do zeszycia worka dajemy tzw. podkłucie — mocny katgut na igle. Dalej, chirurg nakłada szew Bassiniego (połączenie więzadła pachwinowego z m. skośnym brzucha wewnętrznym), do którego podajemy mocny jedwab na igle przepuklinowej. Do zeszycia powięzi i tkanki podskórnej podajemy mocne szwy katgutowe. Na skórę — klamerki, jodynę i jałowy opatrunek.

Wycięcie żołądka — Resectio ventriculi

Metody operacyjne:

BILLROTH I — polega na zwężeniu światła żołądka przez połączenie obu brzegów i bezpośrednie wszycie dwunastnicy;

BILLROTH II — polega na ślepym zeszyciu żołądka i dwunastnicy, oraz połączeniu żołądka z jelitem przez zespolenie żołądkowe przednie lub tylne (gastroenteroanastomosis anterior et posterior);

REICHEL — POLYA — polega na ślepym zeszyciu dwunastnicy, oraz wszyciu otworu przywpustowego żołądka na całej szerokości w boczną ścianę jelita cienkiego. W operacji tej, po założeniu na XII-cę kapciucha, operator usuwa większą część żołądka przyodźwiernikowo.

Narzędzia potrzebne:
8 penset chir.,
6 penset anat.,
4 pensety anat. duże,
2 pensety do klamerek,
4 p. nożyczek Coopera,
2 p. nożyczek prostych,
1 p. nożyczek do katgutu,
2 skalpele,
4 imadła, igły,
2 igły Deschamps'a,
3 haki Farabeufa,
2 haki Lustra,
2 haki tępe 4-zębowe,
2 haki Langenbecka,
3 łopatki brzuszne,
1 sonda Kochera,
1 sonda główkowa,
4 opinaki Johnesa,
10 opinaków Backhausa,
1 korcang zapasowy,
12 kleszczy Kochera dużych,
18 kleszczy Kochera małych,
12 kleszczy Peana,
6 kleszczy Halsteada,
8 klemów Mikulicza,
4 klemy twarde, proste,
4 klemy twarde, krzywe,
4 klemy miękkie, proste,
4 klemy miękkie, zakrzywione,
1 korcang do mycia,
1 korcang do narzędzi.

Zabieg (Met. Reichel-Polya):

Cięcie w linii środkowej, od wyrostka mieczykowatego do pępka. Chirurg przecina kolejno skórę, tkankę tłuszczową podskórną, pochewkę ścięgnistą m. prostego brzucha. Instrumentariuszka ma w pogotowiu kleszczyki Kochera i katgutowe podwiązki na peanach; do opięcia rany operacyjnej — serwetki i opinki Backhausa; do otrzewnej — klemy Mikulicza.

Po wyjęciu żołądka podaje się operującemu serwetki lub tampony gazowe w celu odizolowania żołądka od pola operacyjnego. Następnie operujący zakłada jedwabny szew pojedynczy (na pierwszej pętli jelita cienkiego), którego końce zabezpiecza peanem. Tę część żołądka, która ma

ulec resekcji owija się serwetką. Teraz podajemy lekarzowi podwiązki na igle Deschamps'a, w celu podwiązania sieci i uwolnienia od niej obu krzywizn żołądka tzw. szkieletowanie żołądka. Po oddzieleniu sieci podajemy operującemu miękkie klemy, które on zakłada poniżej i powyżej części resekowanej. Następnie podajemy 2 podwiązki jedwabne, przy których pomocy chirurg ustala dwunastnicę poniżej klemu jelitowego.

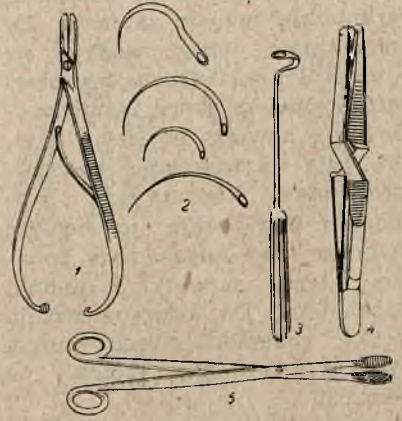
Następnie lekarz przystępuje do oddzielenia żołądka od jelita (cięcie powyżej klemu jelitowego) i żołądek wraz z przyczepionymi doń klemami odkłada na bok, a wolny koniec dwunastnicy wyciąga przy pomocy nałożonych poprzednio podwiązek jedwabnych i zamyka szwem kapciuchowym lub szwem ciągłym (podajemy cienki katgut do szycia śluzówki i jedwab do szycia surowicówki). Teraz dajemy na stół czystą serwetkę do owinięcia kikuta dwunastnicy.

Przy pomocy poprzednio nałożonej podwiązki jedwabnej operujący przeciąga jelito czcze przez otwór w krezce poprzecznicy i chwytając jelito klemem jelitowym przybliża je do ściany żołądka. Przerwaną krezkę poprzecznicy przyszywa chirurg do ściany żołądka (powyżej miejsca resekcji) i następnie przy pomocy jedwabnego szwu ciągłego łączy surowicówkę żołądka z surowicówką jelita. Podajemy nóż do przecięcia mięśniówki i śluzówki (żołądka i jelita). Z kolei lekarz przystępuje do nałożenia szwu, łączącego mięśniówkę i śluzówkę żołądka z mięśniówką i śluzówką jelita — ciągłego szwu katgutowego. Część resekowaną ucina chirurg przy pomocy skalpela lub nożyczek, a przednią ścianę żołądka łączy ciągłym szwem katgutowym z przednią ścianą jelita.

Uwaga: następuje zmiana rękawiczek, narzędzi i serwet!

Podajemy teraz ciągły jedwabny szew dla połączenia surowicówki żołądka z surowicówką jelita, oraz pojedyncze szwy jedwabne dla sieci.

Jamę brzuszną zamyka się w zwykłej kolejności: ciągły szew katgutowy na otrzewną, pojedyncze szwy katgutowe na mięsień, ciągły lub pojedyncze szwy katgutowe na powięź, pojedyncze szwy katgutowe na tkankę podskórną. Klamerki lub nici jedwabne i jałowy opatrunek.



1) imadło Mathieu, 2) igły chir., 3) igła Deschamps'a, 4) penseta Michela, 5) korcang.

Usunięcie woreczka żółciowego — Cholecystectomia

Narzędzia potrzebne: jak do resekcji żołądka, dodać jednak należy:

2 klemy twarde krzywe (żółciowe),
2 klemy okienkowe,
1 sondę żółciową,
3 łyżki wątrobowe,
1 dren Keera (w kształcie litery T)
1 strzykawkę 20 cm.,
2 igły punkcyjne,
dreny różnej grubości.

Zabieg:

Przed zabiegiem należy ułożyć chorego w ten sposób, by podkładając wałek (w stole lub prowizoryczny) uwypuklić okolicę wątroby.

Po zmyciu pola operacyjnego i opięciu go jałowymi serwetkami, operujący wykonuje cięcie równoległe do prawego łuku żebrowego. Po przecięciu skóry, tkanki podskórnej i powięzi podajemy kleszczyki hemostatyczne i podwiązki katgutowe. Do opięcia rany — serwetki i opinaki. Do otrzewnej — klemy Mikulicza, haki brzuszne Lustra oraz gazowe serwetki do odsunięcia jelit. Do preparowania woreczka żółciowego podajemy groszki (gaziki) albo też sondę Kochera i skalpel. Do podwiązania tętnicy woreczka żółciowego podajemy mocny katgut na igle Deschamps'a Do uchwycenia woreczka dajemy klemy okienkowe. Kikut woreczka chirug podwiązuje mocnym katgutem i po otwarciu przewodu żółciowego wspólnego sprawdza drożność przewodów żółciowych przy pomocy miękkiej sondy metalowej. W razie stwierdzenia niedrożności lekarz posługuje się tępymi łyżkami (wątrobowe) i usuwa kamienie. Na łożysko woreczka zakłada dreny lub setony, zależnie od przypadku.

Do szycia otrzewnej, mięśni, powięzi, tkanki podskórnej podajemy operującemu katgut. Na skórę — na zmianę — jedwab i klamerki, jodynę i jałowy opatrunek.

D. c. n.

Bykowska Irena

Pielęgniarka Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy.

CO TO ZNACZY?

Bakteriofag — ciało wytwarzające się w zaatakowanym ustroju, niszczące bakterie chorobotwórcze.

Balneografia — opis wód i kąpieli leczniczych.

Balneolog — lekarz w uzdrowisku, znawca kąpieli leczniczych.

Bilateralny — dwustronny.

Biochemia — chemia zjawisk życiowych.

Biologia — nauka o istotach żyjących.

Chinina — ciało gorzkie znajdujące się w korze drzewa chinowego. W połączeniu z kwasem siarkowym, jako siarczan chininy lub z kwasem solnym, jako chlorek chininy — jest doskonałym lekiem obniżającym gorączkę. Chinina jest specyficznym środkiem przeciwmalarycznym, ponieważ zabija pasożyty, wywołujące to schorzenie.

KRONIKA

ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH PRAC. SŁ. ZDROWIA

W dniu 16 lipca rb. odbyło się plenarne posiedzenie Zarządu Gł. Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia z udziałem członków Zarządu i przewodniczących oddziałów. W obradach wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, K.C. P.Z.P.R. i Centralnej Rady Związków Zawodowych.

Referat o zadaniach związków zawodowych wygłosił ob. Pirutin, przedstawiciel CRZZ, który wyczerpująco omówił uchwały II/VIII Kongresu Zw. Zawodowych.

Przewodniczący Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia, ob. dr A. Fiderkiewicz, mówiąc o Kongresie podkreślił, że Kongres podsumował osiągnięcia Związków Zawodowych za ubiegłe 4 lata, ich wkład w budowę Polski Ludowej, poprawę bytu klasy robotniczej i zjednoczenie szeregów mas związkowych. Kongres zanalizował drogę krytyki i samokrytyki, braki w dotychczasowej działalności i wytyczył zadania i rolę związków zawodowych w Polsce Ludowej. Dalej mówca podkreślił, że współpraca z P.Z.P.R. jest fundamentem, na którym tworzy się nowy ład w Polsce, dążącej do socjalizmu.

Omawiając wytyczone przez Kongres zadania na najbliższe lata, dr Fiderkiewicz zaznaczył, że... **„służenie człowiekowi i utrzymywanie go w zdrowiu oraz opieka nad chorym to podstawowy program każdego pracownika zdrowia“.**

Następnie dr Fiderkiewicz stwierdza, że brak lekarzy, pielęgniarek, położnych i innych fachowych pracowników służby zdrowia wymaga jak najrychlejszego uzupełnienia kadr. Dążeniem Związku będzie udostępnić personelowi słuszny awans społeczny i przyciągnąć jak najszersze masy ze środowisk robotniczych i chłopskich do szeregów pracowniczych.

Należy wykorzystać wszystkie siły lekarskie i wciągnąć lekarzy do szerokiej współpracy, a przez właściwe podejście do mas lekarskich znajdziemy napewno bardzo duży odsetek chętnych.

Dalszym zadaniem Związku — jak stwierdza mówca — jest szerokie rozwinięcie współzawodnictwa. **„...Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia chce zająć jedno z czołowych miejsc we współzawodnictwie. Naszej pracy nie da się wymierzyć na tony, kilogramy, litry, czy metry, ale obliczyć można przez zmniejszenie śmiertelności dzieci, zmniejszenie ilości zachorowań, — zwiększenie ilości wyleczeń, zwiększenie przelotności szpitali itd. Opieka nad człowiekiem od zarania jego życia, troska o polepszenie warunków bytu, podniesienie oświaty i przygotowanie do socjalizmu — oto największe troski naszego Związku“.**

Następnie ob. Kłoss, sekretarz Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia odczytał sprawozdanie Zarządu Gł. Z. Z. P. S. Z.

1) Zlikwidowano Zarządy Okręgowe i Oddziały w liczbie 278, a na ich miejsce pozostawiono 32 nowoutworzonych Oddziałów.

2) Bezpośrednio po Zjeździe Ogólnokrajowym przystąpiono do prac związanych z przejściem z 4 stopniowej struktury organizacyjnej na 3 stopniową. Określono tryb postępowania przy wyborach, polecono powołać we wszystkich zakładach pracy Koła Związkowe i przeprowadzić wybory mężów zaufania. — W czerwcu przeprowadzono wybory do Zarządów Kół Związkowych oraz delegatów na Zjazdy Oddziałowe, na których w lipcu i sierpniu odbędą się wybory nowych władz Oddziałów.

3) Uzyskano decyzję Ministerstwa Zdrowia w sprawie przyznania 40% dodatku specjalnego dla całego personelu sanatoriów przeciwgruźliczych, szpitali zakaźnych i na oddziałach gruźlicy kostnej. Ustalono jednolitą opłatę od personelu w zakładach leczniczych za wyżywienie w wysokości 3.500 zł. miesięcznie, z czego 500 zł. pokrywa się z dodatku na stołówkę.

4) Podpisano zbiorowy układ pracy dla pracowników przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Uzdrowiska“, dla pracowników Zakładów Biologiczno - Farmaceutycznych Państwowego Instytutu Weterynaryjnego w Drwalewie i dla położnych.

5) Główny Komitet Współzawodnictwa Pracy przystąpił do zorganizowania względnie do zreorganizowania Komitetów w Oddziałach.

6) Według nowego planu kurs nauk w Szkole Pielęgniarstwa Zw. Zawod. Prac. Służby Zdrowia trwać będzie 2 lata i 6 miesięcy.

7) Ilość skierowań na wczasy od 1.IV do 15.VII. wynosi 6.946, z tej liczby wykorzystano 4.699, pozostaje do końca roku 2.247. Przyznano 26 skierowań na wczasy do Czechosłowacji, 3 — do Węgier.

*

W ożywionej dyskusji, jaka się wywiązała po referatach i wysłuchaniu sprawozdań poruszono różne zagadnienia, a między innymi obecne na zebraniu pielęgniarki domagały się przedłużenia terminu składania egzaminu państwowego z pielęgniarstwa oraz dopuszczania doń osób po ukończeniu 50 lat życia.

Powzięte uchwały dotyczyły: jak najszerszego współzawodnictwa pracy, w szczególności współzawodnictwa między zakładami, podnoszenia wiedzy fachowej członków Związku, zorganizowania centralnej szkoły dla działaczy związkowych, zobowiązanie personelu lekarskiego, zwłaszcza lekarzy - specjalistów do wygłaszania pogadanek popularnych na terenach fabryk i zakładów pracy oraz współpracy Związku z Ministerstwem Zdrowia w rozbudowie zakładów lecznictwa otwartego i zamkniętego.

SPROSTOWANIE

W numerze czerwcowym podając skład Zarządu Gł. Z. Z. P. S. Z, opuszczono omyłkowo nazwisko dr Romana Gosiewskiego.

Z kraju

W V ROCZNICĘ POLSKI LUDOWEJ

Pielęgniarki odznaczone

Złotym Krzyżem Zasługi: BORKOWSKA ELŻBIETA — Instruktorka Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarsko - Położniczej, Kraków.

Srebrnym Krzyżem Zasługi: po raz drugi ZALESKA ALEKSANDRA, Wojewódzka Instruktorka Pielęgniarstwa, Lublin; MODELSKA CECYLIA, Przełożona Szpitala, Łódź; MODRZEJEWSKA EUGENIA, Pielęgniarka Powiatowa, Wieluń; SARNECKA STANISŁAWA, Wojew. Instrukt. Pielęgn., Kielce; SZOC WŁADYSŁAWA, Dyr. Szk. Pielęgn., Chełm Lub.

Bronzowym Krzyżem Zasługi: DANIELAK HELENA — St. Pielęgn. Poradni dla Matki i Dziecka, Bydgoszcz; JUSZCZAK JÓZEFA, Pielęgniarka, Bydgoszcz; ZAJĄCZKOWSKA MARIA, Pielęgn. Ośrodka Zdrowia, Opoczno.

WARSZAWA

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło w czasie od 10—25 czerwca dokształcający kurs administracyjno-społeczny dla Wojewódzkich Instruktorek Pielęgniarstwa. Na kurs wydelegowane zostały instruktorki pielęgniarstwa z następujących Województw: Białostockiego, Gdańskiego, Kieleckiego, Krakowskiego, m. Łodzi, Lubelskiego, Poznańskiego, Śląsko-Dąbrowskiego, Szczecińskiego, Wrocławskiego i m. Warszawy.

Ogólna liczba uczestniczek kursów wyniosła 14 osób. Słuchaczki miały zapewnione: internat i naukę na kursie bezpłatnie.

Słuchaczki miały przeciętnie 6 godzin wykładów dziennie i 1—2 godzin seminariów.

W ramach ćwiczeń przewidzianych na kursie, słuchaczki wzięły udział w odprawie przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 19. 6. br., dla uczestników Akademickich Obozów Wypoczynkowych, którzy z ramienia ZAMP przeprowadzą kursy przodowników zdrowia.

Na odprawie reprezentowane były wszystkie województwa. Liczba kierowników poszczególnych grup wyniosła 24 osoby.

Koleżanki: **Minczewska, Kozubowska i Sarnecka** przeprowadziły teoretyczne wykłady o organizacji w terenie kursów WPZ oraz o technice podawania na kursie zagadnień higieny osobistej i otoczenia. Pozostałe słuchaczki kursu przeprowadziły grupowe ćwiczenia ze studentami_ medykami w zakresie zasad pielęgniarstwa i ratownictwa, demonstrując najprostsze i najczęściej spotykane zabiegi.

Dr Łazowski wygłosił referat o znaczeniu wychowania fizycznego i popularyzacji tego zagadnienia na terenach wiejskich. W czasie trwania kursu kierownictwo zwracało szczególną uwagę na zagadnienia administracyjne związane bezpośrednio z pracą wojewódzkiej instruktorki pielęgniarstwa.

Końcowe colloquium z następujących przedmiotów: Organizacja Służby Zdrowia, Medycyna Społeczna, Zagadnienia Administracyjne, związane z pracą Woj. Instr. Piel., wszystkie słuchaczki zdały z wynikiem zadawalającym.

Po zdaniu colloquium wszystkie słuchaczki otrzymały jako nagrodę za pilność książkę **prof. Balińskiego** „Administrowanie czynnikiem ludzkim".

W czasie trwania kursu słuchaczki uczestniczyły w zebraniu sekcji pielęgniarskiej przy ZZPSZ, oraz korzystały z biletów ulgowych do teatrów miejskich.

Na zakończenie kursu uczestniczki i wykładowcy zebrali się na wspólnej „czarnej kawie", w czasie której panował bardzo serdeczny nastrój.

Kurs został przeprowadzony przez Departament Lecznictwa, Wydział Ośrodków Zdrowia, Kierownictwo Kursu powierzono **kol. Gubrynowicz**, która prowadząc trzeci z kolei kurs dokształcający instruktorki, wykazała się dużymi zdolnościami administracyjnymi w tym zakresie.

N. Łyżwańska

OTWARCIE KURSU INSTRUKTOREK

W dniu 30 lipca b. r. odbyło się otwarcie 6-miesięcznego kursu instruktorek pielęgniarstwa w Szkole Pielęgniarstwa Zw. Zaw. Prac. Sł. Zdr. w Warszawie, zorganizowanego przez Ministerstwo Zdrowia.

Pierwszy kurs liczy 30 słuchaczek, przybyłych z całego Kraju, dla następnych jednak kursów przewiduje się liczbę 50 słuchaczek.

Program kursu obejmuje zagadnienia pracy instruktorki w szkole, zagadnienia pielęgniarstwa w otwartej i zamkniętej służbie zdrowia oraz problemy społeczno-polityczne.

Na uroczystość otwarcia kursu przybyli licznie zaproszeni przedstawiciele Związków Zawodowych, instytucji społecznych, organizacji politycznych i prasy.

Otwarcia dokonał wiceminister zdrowia, ob. dr B. Kożusznik. Zebranych gości powitał dyrektor kursu, dr Rumeld.

Następnie, do słuchaczek przemawiał wiceminister zdrowia dr Kożusznik: „Nie byłaby to Polska Socjalistyczna, gdyby nie było w niej Socjalistycznej Służby Zdrowia. Wymaga to nowych kadr ludzi, nowych lekarzy, nowych pielęgniarek. Aby cel ten osiągnąć potrzebni są ludzie, którzy potrafią wychować kadry pielęgniarskie w odpowiednim klimacie politycznym i społecznym.

Jednym ze środków do jak najrychlejszego osiągnięcia tego celu jest właśnie nowo otwarty kurs instruktorek pielęgniarstwa.

Kadry pielęgniarskie przedwojenne były wychowane apolitycznie, poza tym do szkół pielęgniarstwa nie miała dostępu młodzież chłopska i robotnicza. Szpitale oddawano w opiekę kleru. Aby jak najrychlej odrobić te zaniedbania należy stworzyć nowe kadry pielęgniarskie, przystąpić do wychowania i kształcenia ich biorąc z przeszłości co dobre i twórcze, odrzucając i niszcząc wszystko co było wstecznictwem".

Pierwszymi pionierkami tych zadań mają być absolwentki tego kursu, które będą miały za zadanie wychować socjalistyczne kadry pielęgniarskie.

Następnie przemawiali: prezes Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia, dr Fiderkiewicz, prezes Zarz. Gł. P.C.K. dr Kostkiewicz i słuchaczka kursu, Anna Kwiczala.

Uroczystość zakończyła część artystyczna, na którą złożyły się doskonale deklamowana „Komuna Paryska" Broniewskiego oraz śpiewy chóralne w wykonaniu uczennic.

A. L.

Z zagranicy

ZSRR

DZIAŁALNOŚĆ RADZIECKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA

Związek Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca w Związku Radzieckim liczy w swych szeregach 490.000 ochotniczek, pielęgniarek pomocniczych i 267.000 pielęgniarek wykwalifikowanych, które w czasie minionej wojny ratowały miliony istnień ludzkich. Po wojnie Związek Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca roztoczył opiekę nad ofiarami wojny, rannymi, inwalidami i sierotami. Działalność Związku rozwija się głównie przez oddziały miejscowe i Koła Młodzieżowe. Zorganizowano wiele ośrodków przetaczania krwi, w których zarejestrowano już 560.000 krwiodawców.

W czasie pokoju główna działalność związku polega na szerzeniu wśród ludności zasad higieny. Prawie 16 milionów członków na obszarze Związku Radzieckiego współpracuje w tym dziele. W każdej fabryce, kołchozie, zakładzie pracy i szkole istnieją punkty sanitarne, zatrudniające przeciętnie 4 osoby, które wykonują kontrolę sanitarną w danym zakładzie, udzielają pierwszej pomocy w nagłych wypadkach oraz pielęgnują chorych w domu. W kołchozach ponad to specjalne pielęgniarki opiekują się niemowlętami.

Zwązek Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca prowadzi energiczną walkę z chorobami społecznymi, epidemiami i rakiem, w czym współpracuje czynnie z Ministerstwem Zdrowia.

*

Komitet Sowieckiego Czerwonego Krzyża rozwinął w Północnej Korei żywą działalność w zakresie lecznictwa i profilaktyki. Prezes komitetu Kim-Ir-Sen wyraził gorące słowa uznania dla lekarzy radzieckich za ich owocną pracę w tej części Korei. Dzięki nim, po raz pierwszy w historii Korei powstały nowoczesne szpitale, laboratoria i punkty dezynfekcji.

Delegat radziecki w Korei, dr Borys Musin, po powrocie do Moskwy w sprawozdaniu swym zobrazował działalność lekarzy radzieckich. Dzięki ich wysiłkom w dziedzinie profilaktyki udało się opanować i zlikwidować niebezpieczeństwo szerzących się epidemii, zwłaszcza cholery. Obok intensywnej akcji zapobiegawczej lekarze radzieccy zorganizowali podstawy medycyny społecznej, zakładając stacje i domy wypoczynkowe, gdzie rzesze robotników mogą znaleźć odpoczynek po pracy.

Epidemiolodzy radzieccy zorganizowali szereg kursów dla pielęgniarek i lekarzy koreańskich, aby zaznajomić ich z najnowszymi metodami leczenia chorób zakaźnych.

LATAJĄCE SZPITALE

Od chwili zakończenia wojny wybitnie rozwinął się w Związku Radzieckim system szpitali latających, to jest samolotów szpitalnych, w których znajduje się: mała sala operacyjna, aparat Rentgena, apteka i salka chorych na 4 łóżka. Na czele ekipy stoi lekarz, mający do pomocy 4 pielęgniarki stałe i 2 pielęgniarki rezerwowe. W obecnym czasie 150 takich „latających szpitali" obsługuje miejscowości położone z dala od większych ośrodków lekarskich, dla udzielania pomocy na miejscu lub przewożenia chorych.

USA

W szpitalu w Memphis (Am. Półn.) dr H. C. Franklin przeprowadził próby stosowania penicyliny zamiast protargolu przy zakraplaniu oczu noworodkom. Badania jego objęły grupę 1710 niemowląt, z których 961 zastosowano penicylinę, zaś 749 — protargol (2% roztwór azotanu srebra). Wyniki tych badań okazały się pomyślne. Oto co dr Franklin pisze: „Penicylina jest skutecznym środkiem zapobiegawczym i może w tym względzie rywalizować z protargolem. Penicylina ma jeszcze tę wyższość, że wyklucza wszelkie niebezpieczeństwa uszkodzenia oka, zakraplanie jest niebolesne, stosowanie (penicyliny) nie wymaga, aby roztwór był codziennie świeżo przyrządzany i wreszcie, penicylina może być używana jako środek zapobiegawczy i leczniczy"

Film o raku

Amerykańskie Stowarzyszenie do Walki z Rakiem przygotowało film naukowy dla pielęgniarek pod tytułem „Rak".

Film bardzo pouczający, przedstawia w krótkim zarysie historię badań tej groźnej choroby i pokazuje, które narządy są najczęściej atakowane przez raka (narządy trawienia, rodne, skóra i pierś). Z tego największą śmiertelność w Ameryce powoduje rak żołądka.

Dalszy ciąg tego filmu ilustruje i porównuje szybkość wzrostu tkanki rakowej ze wzrostem tkanek zdrowych. W sposób bardzo interesujący przedstawiono jakie czynniki fizyczne i chemiczne sprzyjają powstawaniu raka np. u myszy.



Rad w szyjce macicy

Druga część tego filmu obrazuje przebieg leczenia raka we wczesnym okresie rozwoju tej choroby.

W zakończeniu podkreślono rolę pielęgniarki w zwalczaniu raka, a więc przede wszystkim jej wpływ i możliwości uświadamiania pacjentów, co musi przyczynić się do wczesnego wykrycia i rozpoznania raka.



Drogi szerzenia się raka piersi



Terapia promieniami Rentgena

W księgarniach i kioskach

SŁUŻBA ZDROWIA

Pismo pracowników Służby Zdrowia Dwutygodnik.

Dnia 22 lipca b. r. ukazało się nowe pismo, które winno stać się niezbędne każdemu, kto z charakteru swej pracy należy do rzesz pracowników służby zdrowia i interesuje się zagadnieniami związanymi z tym resortem.

Nie jest rzeczą przypadku, że 1-y numer tego pisma ukazał się właśnie w rocznicę Manifestu PKWN, który stał się fundamentem przemian społecznych w Polsce, a więc zapoczątkował także walkę o zdrowie ludu.

Celem pisma jest mobilizowanie wszystkich pracowników służby zdrowia do tej walki, wzmożenie aktywności pracy oraz podniesienie jej poziomu zarówno fachowego jak i moralnego.

Pismo to służyć ma wszystkim zawodom służby zdrowia, tym samym może się przyczynić do konsolidacji i zbliżenia rzesz jej pracowników. Ambicją Redakcji jest, aby „Służba Zdrowia" spełniała, jak powiedziano w artykule wstępnym „rolę organizatora i wychowawcy".

„Służba Zdrowia", jak sądzić można z pierwszych dwuch numerów tego pisma, nie tylko stanie się informatorem o rozległej skali osiągnięć i zamierzeń w dziedzinie zdrowia, lecz także trybuną, z której zło zostanie potępione, praca pozytywna zaś otrzyma swą należytą ocenę i uznanie.

Życzymy „Służbie Zdrowia", dalszego jak najlepszego rozwoju i spełnienia jej ambitnych zamierzeń.

KULCZYŃSKA MARIA

„Co kobieta wiejska o macierzyństwie wiedzieć powinna?

Staraniem Dolno - śląskiego Okręgu P.C.K. we Wrocławiu, wydana została nakładem Książnicy Atlas broszura położnej Marii Kulczyńskiej p. t. „Co kobieta wiejska o macierzyństwie wiedzieć powinna". Broszura, po krótkim opisie budowy anatomicznej organów rodnych kobiety, omawia w sposób popularny i jasny fizjologię i higienę miesiączki, ciąży, porodu i połogu. Poucza o zasadach postępowania w tych okresach, podkreślając skutki, które wynikają z zaniedbywania tych zasad przez ogół kobiet wiejskich. Osobny rozdział traktuje o pielęgnowaniu noworodka. Największy nacisk kładzie autorka na sprawę fachowej opieki nad kobietą rodzącą i warunki w jakich powinien odbywać się poród i połóg. Autorka, doświadczona położna, stara się przełamać istniejące wśród kobiet wiejskich przekonanie, że: „jak sądzone, tak będzie". W sposób niezmiernie przekonywujący poucza o niebezpieczeństwach związanych z odbywaniem porodu w warunkach niehigienicznych i pod opieką „babki", co — jak wiemy — wobec nieuświadomienia kobiet wiejskich tak często kończy się śmiercią matki lub dziecka.

Wartość tej broszury stanowi to, że autorka podeszła do tematu z wielką znajomością środowiska i psychiki kobiety wiejskiej. Wiadomości z zakresu anatomii i fizjologii nie nużą czytelnika, podane są zwięźle, jasno i przystępnie, a rady i wskazówki, w których przebija prawdziwa troska o poprawę zdrowia matki i niemowlęcia, trafią na pewno do przekonania każdej kobiecie wiejskiej. Broszurę tę powinny przeczytać zarówno położne, jak i pielęgniarki, zwłaszcza te, które pracują na wsi. Znajdą w niej i dla siebie wiele cennych wiadomości.

Broszura ta będzie dużą pomocą przy opracowywaniu popularnych pogadanek z zakresu higieny ciąży, porodu i połogu. Powinna znaleźć się w gminnych Ośrodkach Zdrowia, poradniach dla matki i dziecka. Rady i wskazania zawarte w tej książeczce powinny trafić do wsi nawet najbardziej odległych, jako jeden z tak ważnych czynników w zwalczaniu zacofania i zabobonów oraz uświadamiania kobiety wiejskiej o wartości zdrowia jej i dzieci.

L. W.

Przegląd prasy zagranicznej

Rak żołądka

Prof. M. PIEBZNIER (MEDICINSKIJ RAB.)

Statystyki Moskiewskiego Instytutu Medycznego wykazują, że w miarę upływu czasu zmniejsza się stopniowo ilość nierozpoznanych klinicznie — za życia pacjenta — przypadków raka żołądka.

Nie ulega wątpliwości, że dla skutecznej walki z rakiem sprawą najbardziej zasadniczą jest: 1) jak najwcześniejsze rozpoznanie tej choroby i 2) rozpowszechnianie wśród ogółu przekonania, że rak jest schorzeniem uleczalnym.

Diagnostyka raka żołądka nie jest jeszcze należycie opracowana. Trudności w sprecyzowaniu objawów raka żołądka przypisać należy wielkiej różnorodności cech klinicznych, bardzo często nietypowych dla raka żołądka, który przebiegać może pod postacią zupełnie innych schorzeń.

Nie można zgodzić się z panującą dotychczas opinią, jakoby stwierdzenie guza żołądka stanowić miało argument przeciw zabiegowi operacyjnemu. Nasze doświadczenia — zgodne zresztą ze zdaniem prof. N. Pietrowa — wykazują, że właśnie wycięcie guza daje więcej możliwości uleczenia. Istota bowiem zagadnienia leży nie w wielkości guza, lecz w przebiegu procesu chorobowego.

Ogólne osłabienie, szybkie chudnięcie, niedokrwistość, upadek łaknienia oraz obecność guza, stwierdzona rentgenologicznie — stanowiły dotychczas podstawę rozpoznawania raka żołądka. Dziś już porzucić trzeba te wąskie ramy diagnostyczne. Nie wolno wykluczyć podejrzenia na raka żołądka nawet wtedy, gdy osobnik w młodszym wieku nie chudnie, nie traci apetytu i nie ma anemii. Nie wykluczona jest bowiem możliwość rozwoju raka nawet gdy w chorym żołądku zachował się kwas solny w soku żołądkowym, ani wśród innych objawów charakterystycznych dla schorzeń wysiękowych, przy nadkwaśno-

ści, odbijaniach i bólach po spożyciu pokarmów. Podstawą rozpoznawania musi być wynik badania rentgenowskiego pomimo objawów zupełnie niepodobnych do klasycznych objawów raka żołądka.

Według danych Centralnego Instytutu Radiologii im. Mołotowa, 8—10% wszystkich osób badanych w Instytucie nie zdawało sobie sprawy ze swego schorzenia. W ZSRR., gdzie istnieje bezpłatna, wykwalifikowana pomoc lekarska, obejmująca szerokie masy ludności — są wielkie możliwości wykrywania skrycie przebiegających postaci raka.

Obok rozszerzenia i ulepszenia pomocy rentgenologicznej, staje się ważne dokładne rejestrowanie wszystkich chorych z przewlekłymi schorzeniami przewodu pokarmowego, tych zwłaszcza, u których już dawniej stwierdzono owrzodzenie żołądka. Za koniecznością takiego postępowania przemawia fakt, że spośród 165 chorych, leczonych dawniej na klinice, po upływie 10—19 lat wykazano w 7 przypadkach raka żołądka i w 1 przypadku raka przełyku.

Do drugiej grupy chorych, podejrzanych w kierunku raka żołądka, zaliczyć trzeba chorych z objawami wewnętrznego krwawienia z żołądka lub jelit. Momentem nadzwyczaj ważnym w rozpoznawaniu jest okoliczność, że we wrzodach żołądka po krwotoku wewnętrznym bóle przeważnie maleją, wzmożenie zaś bólów każe myśleć o raku żołądka!

Trzecią grupę podejrzanych na raka żołądka stanowią chorzy, którzy po jedzeniu skarżą się na uczucie ociężałości, ucisku, nudności, zdradzają kapryśne apetyty itp.

Dalszą, czwartą grupę stanowią chorzy, u których rozwija się tzw. rak dna żołądka. Ta postać raka przebiega często bez charakterystycznych cech, kryjąc się wśród objawów schorzeń innych narządów; bóle np. w okolicy serca, objawy rzekomej dusznicy bolesnej zaliczyć trzeba do dość częstych pomyłek diagnostycznych. Rak dna żołądka ma zazwyczaj przebieg łagodny, wieloletni, w którym to czasie chorzy uskarżają się na osłabienie, chudnięcie, niedokrwistość itd. Rak dna żołądka, schorzenie uważane dotychczas za beznadziejne, dzięki wysokiemu poziomowi techniki operacyjnej, jaki osiągnęli chirurdzy radzieccy — daje w większości przypadków pomyślne wyniki leczenia radykalnego.

Oddzielną grupę badań stanowią przypadki, w których rak rozwija się poprzez wrzód żołądka. W przebiegu kuracji wrzodowej zjawiają się czasem objawy, które zmieniają kliniczny obraz schorzenia. Bóle utrzymują się w dzień i w nocy, niezależnie od jedzenia; na skutek niewielkiego lecz stałego krwawienia wewnętrznego ogarnia chorych ogólne osłabienie; silne bóle po jedzeniu — typowe dla wrzodu — stają się mniej dotkliwe, ale za to nabierają cech bólów rozlanych, tępych, nieustannych. Chorzy zaczynają zdradzać zmianę usposobienia, nieuzasadniony lęk, niepokój.

Wczesne ustalenie właściwego rozpoznania — to rzecz bardzo pomyślna. Zabieg chirurgiczny może chorego uratować. Jednakże większość chorych odmawia swej zgody na wykonanie operacji, bynajmniej nie z obawy przed samym zabiegiem, a jedynie z przekonania, że zabieg jest zbędny, tak głęboko bowiem tkwi w ludziach przeświadczenie o nieuleczalności raka.

Nie mniej poważne znaczenie ma jednak sceptycyzm samych lekarzy. Mówi się ogólnie, że lekarze przekazują chirurgom przypadki już beznadziejne. Czy jednak chirurg ma zawsze słuszność twierdząc, że operacja radykalna jest już niemożliwa?

Autor staje na stanowisku, że w walce z rakiem żołądka właśnie operacje radykalne powinny być uznane za najskuteczniejszą broń.

wolny przekład C. B.

Rak narządów rodnych

(Tłum. z ang.)

RAK WCZEŚNIE ROZPOZNANY

W razie wczesnego rozpoznania raka narządów rodnych zachodzi konieczność operacyjnego usunięcia macicy. Przygotowanie chorej w dobrym ogólnym stanie zdrowia jest takie same, jak przed każdym większym zabiegiem chirurgicznym. Pacjentkę przyjmuje się na oddział dzień przed operacją, aby przeprowadzić niezbędne badania kliniczne. Tego dnia stosuje się enemę i pozostawia chorą na lekkiej diecie. Na noc podaje się środki uspokajające, aby zapewnić dobry sen.

W dniu operacji, przed zabiegiem chora dostaje zastrzyk z morfiny z atropiną. Po operacji pacjentka powraca na salę chorych i po przebudzeniu, co 2 — 3 godziny otrzymuje zastrzyki morfiny lub demerolu. Jeżeli chora ma ochotę coś zjeść podaje się dietę lekkostrawną. Już tego samego dnia wolno jest chorej po siedzieć w łóżku kilka chwil. Na ogół pacjentki boją się bólu względnie pęknięcia szwów, na pielęgniarkę więc spada obowiązek zachęcenia i przekonania ich o celowości i dodatnim dla zdrowia znaczeniu takiego postępowania.

Następnego dnia chora może się już poruszać w łóżku, przewracać na boki, a nawet jeść samodzielnie. Nie odbywa się to oczywiście bez perswazji ze strony pielęgniarki. Tegoż dnia przenosi się chorą na fotel i tam pozostawia przez kilka godzin.

Po 2—3 dniach po operacji chora zaczyna wstawać i już zazwyczaj po tygodniu opuszcza szpital. Przed wyjściem do domu pielęgniarka poucza chorą o racjonalności dalszego systematycznego leczenia, udziela wskazówek gdzie i do jakiego ambulatorium lub kliniki ma się udać dla pobrania dalszej kuracji promieniami Rentgena lub radu, wreszcie pielęgniarka przypomina w jakim terminie lekarz kazał się się zgłosić do obowiązkowej kontroli.

RAK ROZPOZNANY PÓŹNO

Często zdarza się, że chora przychodzi do szpitala już w takim stanie, że nawet radykalny zabieg chirurgiczny nie wróży pewności powodzenia. Pacjentka wyniszczona daleko posuniętą chorobą wymaga szeregu zabiegów przygotowawczych, zanim chirurg będzie mógł przystąpić do operacji.

Codziennie więc w przypadkach bardzo ciężkich stosuje się m. i. transfuzje, aż do osiągnięcia we krwi prawidłowych stosunków, głównie prawidłowej liczby krwinek czerwonych. Wtedy dopiero chirurg decyduje się na zabieg.

Gdy pacjentka jest mniej wyniszczona, codziennie otrzymuje dożylnie plazmę i witaminy. Witaminę B podaje się doustnie. Częstokroć przed zabiegiem stosuje się jeszcze serię naświetlań promieniami Rentgena. W tym dość długim okresie przygotowawczym do operacji chorej tego rodzaju, pielęgniarka nieustannie troszczyć się musi o dobry nastrój chorej, krótko mówiąc—przygotowywać moralnie, aby w ostatniej chwili pacjentka zachowaniem swoim nie zmusiła do odłożenia i tak koniecznego zabiegu. Dobry wpływ na chore w tym czasie ma „terapia pracą", która w dużym stopniu podnosi chore na duchu. Od rodziny i przyjaciół odwiedzających chorą w szpitalu wymaga się, by swoimi wizytami nie psuli z trudem uzyskanego optymizmu i zaufania, lecz by jeszcze więcej wzmacniali w chorej wiarę w powodzenie leczenia.

Operacja w tych ciężkich wypadkach polega na całkowitym usunięciu macicy i przydatków. Przebieg pooperacyjny jest oczywiście ciężki. W czasie zabiegu chora utrzymuje zazwyczaj 500 cm^3 świeżej krwi, a po zabiegu dożylnie 1 litr fizjologicznego roztworu soli z dodatkiem 5% cukru gronowego oraz witamin B i C.

Po powrocie z sali operacyjnej, gdy chora odzyska już przytomność, pielęgniarka — by uniknąć niebezpieczeństwa komplikacji w postaci zapalenia płuc — nakłania chorą do wykonywania głębokich oddechów. Przez cały ten dzień trzeba często kontrolować i liczyć ilość oddechów. Aby zapobiec tworzeniu się zakrzepów poleca się chorej lekko poruszać nogami.

Dla zmniejszenia bólów i uspokojenia chorej podaje się doustnie morfinę lub demerol. Wieczorem układa się chorą wysoko na poduszkach. Nazajutrz, chora na kilka minut siada w fotelu. Pielęgniarka nie opuszcza chorej ani na chwilę, często bada tętno i oddech, aby w porę zapobiec omdleniu. Koniecznie trzeba opróżnić pęcherz moczowy, aby nie powodował ucisku na świeżo założone szwy w jamie brzusznej. W razie trudności w samodzielnym oddawaniu moczu wykonuje się cewnikowanie moczu, czasem nawet kilka razy w ciągu doby.

Już od chwili przebudzenia się pacjentki z narkozy wolno jej podawać płyny, później, gdy ma na to ochotę—pokarmy lekkostrawne. Stopniowo, cho ciaż stosunkowo szybko przechodzi się do pełnej, normalnej diety. Odżywienie jest wysoko kaloryczne i obfituje w witaminy. Na trzeci lub czwarty dzień po operacji, wieczorem, chora otrzymuje enemę z oliwy, a nazajutrz lewatywę z wody. Jeżeli zajdzie potrzeba podaje się również łagodne środki przeczyszczające.

Bacznej uwagi ze strony pielęgniarki wymagają nawet już początkowe objawy wzdęcia. Trzeba natychmiast wezwać lekarza. W razie wzdęcia zakłada się do odbytnicy gumową kankę, stosuje się enemę, a gdy to nie pomaga robi się płukanie dwunastnicy. Jednocześnie podaje się dożylnie płyny z dodatkiem witamin.

LECZENIE RADEM

W przypadku raka macicy zakłada się 50 mg radu, do pochwy zaś 45 mg, na przeciąg 72 godzin. Aby zapobiec przesunięciu się radu, co może pociągnąć za sobą uszkodzenie pęcherza moczowego lub jelita grubego, pochwę wypełnia się szczelnie gazą. Przed tym jeszcze wprowadza się cewnik dla stałego opróżniania pęcherza. Wolny koniec cewnika tkwi w butelce zamkniętej korkiem. Trzeba często sprawdzać i otwierać butelkę, by nie dopuścić do przepełnienia pęcherza a tym samym do zmiany położenia radu.

Na łóżku chorej leczonej radem zawiesza się czerwoną kartkę orientacyjną, zawierającą takie szczegóły, jak dokładny czas założenia radu, ilość i ścisły termin zdjęcia radu. Obok łóżka kładzie się worek na bieliznę chorej. Przed oddaniem bielizny do prania pielęgniarka osobiście dokładnie ją kontroluje, co ma na celu ochronę radu przed przypadkowym zaginięciem.

Jeżeli chora zacznie się skarżyć na nudności lub wymiotować pielęgniarka natychmiast wzywa lekarza. Chora mająca w sobie rad leży na łóżku możliwie bez ruchu, aby nie spowodować przesunięcia się radu.

Chore w tym okresie tracą zazwyczaj łaknienie, lecz mimo to trzeba je zachęcać do jedzenia i podawać jak najwięcej wysokowartościowych płynów odżywczych.

Pielęgniarka odpowiedzialna jest za punktualne wyjęcie radu; gdy przewidziany termin nadchodzi, zawiadamia lekarza i pomaga mu na sali zabiegowej przy wyjmowaniu radu. Po wyjęciu cewnika, tamponów gazowych i radu wykonuje się irygację. Pielęgniarka obmywa aparaty zawierające rad i składa je w specjalnej przechowalni.

Po powrocie na salę chorych, pacjentka może się już swobodnie poruszać.

RAK POCHWY

Zabieg operacyjny w przypadku raka pochwy jest bardzo bolesny a pielęgnowanie chorych przed i po zabiegu wymaga wielkiej staranności i pieczołowitości. Przed operacją stosuje się często serię głębokich naświetlań promieniami Rentgena, przetaczania krwi, dożylne zastrzyki plazmy i witamin.

Po zabiegu, rana — co jest następstwem naświetlań — goi się długo i z trudem. W razie ropienia stosuje się streptomycynę. Na stałe wprowadza się, cewnik, który pozostaje otwarty, by zapewnić nieustanny odpływ moczu. Opatrunki zmienia się często. Często wykonuje się irygacje, które z jednej strony łagodzą przykry świąd, a z drugiej wpływają dodatnio na poprawę samopoczucia chorych. Pielęgnowanie m. i. polega głównie na utrzymywaniu chorych w skrupulatnej czystości i na dokładnym wietrzeniu sal, ponieważ wydzielina z ran tych chorych ma szczególnie ostry i nieprzyjemny odór. Co 3 — 4 godziny, chore pod okiem pielęgniarki wykonują po kilkanaście głębokich oddechów. Pielęgniarka zwraca również uwagę, by chore nie leżały bez ruchu, lecz by siadały na łóżku, spuszczały nogi, siadały w fotelu, wreszcie pomaga przy próbach chodzenia.

Odżywianie chorych w pierwszych dniach po zabiegu jest wyłącznie płynne. Na 5 — 6 dzień stosuje się leczniczą enemę z oliwy, a nazajutrz oczyszczającą z wody. Dla ułatwienia wypróżnień podaje się łagodne środki przeczyszczające.

(c d. ze str. 48).

RAK NIE NADAJĄCY SIĘ DO OPERACJI

Jeżeli pacjentka przyjęta do szpitala krwawi, a choroba rozprzestrzeniła się w ustroju tak dalece, że wszelka interwencja chirurgiczna staje się niecelowa, wysiłki i starania pielęgniarki idą w kierunku uczynienia życia takiej chorej znośniejszym: zapełnić dzień chorej różnymi drobnymi zajęciami, zainteresować, rozerwać, odwrócić jej myśli od nieubłaganego losu. Chora powinna wykonywać różne czynności dokoła swej osoby. „Terapia pracą" prowadzona z dużym umiarem, by chorej nie zmęczyć jest wielce celowa i zalecana.

Pielęgniarka troszczy się o przygotowanie różnych atrakcyjnych dla charej potraw, o częstą odmianę pożywienia.

Chore cierpią zazwyczaj z powodu silnych bólów. Poszątkowo zwalcza się bóle gorącymi okładami lub workami z lodem, tabletkami aspiryny, zanim wreszcie przejdzie się na narkotyki. S. L.

KREW ŁOŻYSKOWA, JAKO LEK W GOJENIU RAN

W Nr 7 (1948 r.) Amerykańskiego Dziennika Chirurgicznego, Dr COLE przedstawia uzyskane przez siebie wyniki w stosowaniu mieszaniny krwi łożyskowej i wyciągu z łożyska przy ziarninowaniu ran powstałych na skutek odleżyn. W licznych przypadkach autor stosował jednocześnie tym samym chorym i na takie same rany środki używane zazwyczaj w tych razach oraz krew łożyskową, co dało mu możność porównywania wyników.

Krew łożyskowa zbierana do wyjałowionych ampułek pochodziła od różnych kobiet, przeciętnie po 80 cm^3 od jednej osoby. Krew zmieszana należała więc do różnych grup. Następnie dodawano do tej krwi pewną ilość żelatyny dla nadania stałej konsystencji i mieszano z wyciągiem z łożyska, pochodzącego od tych samych osób co i krew.

Autor podkreśla, że porównując masy krwinek czerwonych z krwi zwykłej i łożyskowej, badania wykazały wyższość tej ostatniej, co według autora jest wynikiem większej zdolności rozrodczej komórek łożyska, a także większej zawartości sterolów, glikogenu i witaminy C.

Omawiany lek stosowano osobom starszym, u których rany pochodzenia odleżynowego istniały już dawno. We wszystkich przypadkach stwierdzono znaczne polepszenie. U jednego z chorych stosowano poprzednio penicylinę, zewnętrznie i w zastrzykach; nie dała poprawy. Substancja zaś łożyskowa przyczyniła się do wygojenia rany. W innym znów wypadku użyto krwi łożyskowej w leczeniu dużego owrzodzenia ze znacznym ubytkiem tkanek. Wynik był zadziwiająco pomyślny. S. L.

TREŚĆ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK, telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-32-78, 9. KONTO PKO: Nr I-8326 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 50,—, kwartalna zł 150,—, półroczna zł 300,—, roczna zł 600,—. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, ½ str. 25 000 zł, ¼ str. 15 000 zł, $^1/_8$ str. 10 000 zł, $^1/_{16}$ str. 7 000 zł, $^1/_{32}$ str 5 000 zł.

Drukarnia Wydawnictwa „Prasa Wojskowa" w Łodzi. VIII. 49. Nr 2109. 7.000. D-05118